

1972

N° 132

**BILAN DE 10 ANNEES DE FONCTIONNEMENT
DU SERVICE MEDICO-PEDAGOGIQUE DE MIRECOURT**

Annexé à l'Hôpital Psychiatrique de Ravenel

THESE

Présentée et soutenue publiquement

le 30 Juin 1972

pour obtenir le grade de

DOCTEUR en MEDECINE

par

Jean DUCAMP

Interne des Hôpitaux Psychiatriques
né le 4 août 1929 à LUNEVILLE (54)

EXAMINATEURS DE LA THESE :

M. TRIDON	: Professeur sans chaire	Président
M. G. ARNOULD	: Professeur	} Juges
M. DUC	: Maître de conférence agrégé	
M. FLOQUET	: Maître de conférence agrégé	

1972

N° 132

**BILAN DE 10 ANNEES DE FONCTIONNEMENT
DU SERVICE MEDICO-PEDAGOGIQUE DE MIRECOURT**

Annexé à l'Hôpital Psychiatrique de Ravenel

THESE

Présentée et soutenue publiquement

le 30 Juin 1972

pour obtenir le grade de

DOCTEUR en MEDECINE

par

Jean DUCAMP

Interne des Hôpitaux Psychiatriques
né le 4 août 1929 à LUNEVILLE (54)

EXAMINATEURS DE LA THESE :

M. TRIDON	: Professeur sans chaire	} Juges
M. G. ARNOULD	: Professeur	
M. DUC	: Maître de conférence agrégé	
M. FLOQUET	: Maître de conférence agrégé	
		Président



UNIVERSITE DE NANCY I

Président : Professeur J.R. HELLUY

U.E.R. des Sciences Médicales A

Président : Pr. ag. DUPREZ

Vice-Présidents :

- 1er cycle : Pr. MARTIN
- 2e cycle : Pr. CUNY
- Budget : Pr. ag. ANTHOINE

U.E.R. des Sciences Médicales B

Président : Pr. DUREUX

Vice-Présidents :

- 1er cycle : Pr. PAYSANT (1)
- 2e cycle : Pr. MANCIAUX (1)
- Budget : Pr. BOULANGE (1)

Doyen Honoraire : Pr. BEAU

Professeurs Honoraires :

MM. CHAILLEY-BERT, HAMANT, MUTEL, FRANK, MELNOTTE,
HOUPERT, BODART, HARTEMANN J., FLORENTIN

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	U.E.R. des Sciences Médicales A	U.E.R. des Sciences Médicales B
ANATOMIE ET ORGANOGENESE	Pr. CAYOTTE <i>Anatomie</i> N...	Pr. ag. RENARD
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	Pr. ag. DUPREZ	Pr. RAUBER <i>Anatomie pathologique</i> Pr. ag. FLOQUET
ANESTHESIOLOGIE	Pr. ag. PICARD J.M.	Mme le Pr. ag. LAXENAIRE
BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE	Pr. ag. BURDIN	Pr. de LAVERGNE <i>Bactériologie, Virologie, Immunologie</i>

- Professeurs Titulaires : l'intitulé d'emploi est indiqué en italique
- (1) : Professeur sans chaire

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	U.E.R. des Sciences Médicales A	U.E.R. des Sciences Médicales B
BIOCHIMIE	Pr. WOLFF <i>Chimie biologique</i> Pr. ag. NABET	Pr. PAYSANT (1) Pr. ag. NICOLAS
BIOPHYSIQUE	N... (Pr. BURG) (2) <i>Physique médicale</i>	Pr. ag. ROBERT
CANCEROLOGIE	Pr. CHARDOT (1)	
CARDIOLOGIE	Pr. FAIVRE <i>Clinique des maladies cardio-vasculaires</i> Pr. ag. CHERRIER	Pr. PERNOT (1) Pr. ag. GILGENKRANTZ
CHIRURGIE GENERALE	Pr. GROSDIDIER <i>Clinique chirurgicale</i>	Pr. BERTRAND <i>Clinique chirurgicale</i> Pr. LOCHARD <i>Pathologie chirurgicale</i> Pr. ag. BESSOT
CHIRURGIE INFANTILE	Pr. PREVOT (1)	Pr. BEAU <i>Clinique chirurgicale infantile</i>
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Pr. CHALNOT <i>Clinique chirurgicale</i> Pr. BENICHOUX <i>Pathologie chirurgicale cardio-vasculaire</i> Pr. ag. FRISCH	Pr. ag. MATHIEU
DERMATO-VENERELOGIE	Pr. ag. WEBER	Pr. BEUREY <i>Clinique dermato-syphiligraphique</i>
ENDOCRINOLOGIE, METABOLISME, NUTRITION		Pr. HARTEMANN P. <i>Pathologie médicale</i> Pr. DEBRY <i>Nutrition et maladies métaboliques</i>
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	Pr. RICHON <i>Clinique obstétricale</i>	Pr. RIBON (1) Pr. ag. LANDES
HEPATOLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE	Pr. HEULLY <i>Thérapeutique</i>	

- Professeurs Titulaires : l'intitulé d'emploi est indiqué en italique
- (1) : Professeur sans chaire
- (2) : détaché : Directeur Général de l'I.N.S.E.R.M.

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	U.E.R. des Sciences Médicales A	U.E.R. des Sciences Médicales B
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	Pr. LEGAIT <i>Histologie</i> Pr. ag. DUHEILLE	(Pr. DOLLANDER) (2) bis <i>Embryologie</i> Pr. GRIGNON <i>Biologie médicale</i>
IMMUNOLOGIE, HEMATOLOGIE, MALADIES DU SANG	Pr. STREIFF (1)	
MALADIES INFECTIEUSES, MALADIES TROPICALES	Pr. ag. CANTON	Pr. DUREUX <i>Maladies infectieuses et réanimation neuro-respiratoire</i>
MATHEMATIQUES, STATISTIQUE, INFORMATIQUE MEDICALE	Pr. MARTIN <i>Informatique médicale</i>	
MEDECINE ET CHIRURGIE EXPERIMENTALES ET COMPAREES		Pr. LACOSTE (1)
MEDECINE INTERNE	HERBEUVAL <i>Clinique médicale</i> Pr. CUNY <i>Gérontologie et gériatrie</i> Pr. GRILLIAT (1) Pr. ag. THIBAUT Pr. ag. GUERCI	Pr. KISSEL <i>Clinique médicale</i> Pr. SCHMITT J. Pr. ag. GAUCHER P. Pr. ag. DUC
MEDECINE LEGALE ET TOXICOLOGIE		Pr. de REN (1)
MEDECINE PREVENTIVE ET SANTE PUBLIQUE, HYGIENE	Pr. SENAULT <i>Hygiène et Médecine Sociale</i>	Pr. FOLIGUET (1)
NEPHROLOGIE	Pr. ag. HURIET	Pr. GROSS <i>Physio-pathologie rénale</i>
NEUROCHIRURGIE	Pr. ag. MONTAUT	Pr. LEPOIRE <i>Clinique de Neurochirurgie</i>
NEUROLOGIE	Pr. TRIDON (1)	Pr. ARNOULD G. <i>Clinique de Neurologie et Psychiatrie</i>

- Professeurs Titulaires : l'intitulé d'emploi est indiqué en italique
- (1) : Professeur sans chaire
- (2) bis : détaché : Directeur de la Maison Franco- Japonaise - TOKYO

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	U.E.R. des Sciences Médicales A	U.E.R. des Sciences Médicales B
OPHTALMOLOGIE	Pr. THOMAS <i>Clinique ophtalmologique</i> Pr. ag. RENY	Pr. CORDIER <i>Exploration fonctionnelle ophtalmologique</i>
ORTHOPEDIE, TRAUMATOLOGIE, CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE	Pr. GOSSEREZ <i>Clinique stomatologie et Chirurgie plastique de la face</i> Pr. MICHON <i>Chirurgie orthopédique, plastique et reconstructive de l'appareil moteur</i>	Pr. SOMMELET <i>Clinique chirurgicale traumatologique</i> Pr. ag. SCHMITT D.
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Pr. ag. PERRIN	Pr. GRIMAUD <i>Clinique oto-rhino-laryngologique</i>
PARASITOLOGIE	Pr. HELLUY <i>Bactériologie et Parasitologie</i>	Pr. ag. PERCEBOIS
PEDIATRIE GENETIQUE MEDICALE	Pr. NEIMANN <i>Clinique de Pédiatrie et de Puériculture</i> Pr. ag. VERT	Pr. PIERSON <i>Puériculture et Génétique</i> Pr. MANCIAUX (1)
PHARMACOLOGIE	Pr. LAMARCHE <i>Hydrologie thérapeutique et Pharmacologie</i>	Pr. ag. ROYER
PHYSIOLOGIE	Pr. ARNOULD P. <i>Physiologie</i> Pr. ag. BOURA	Pr. BOULANGE (1) Pr. ag. CRANCE
PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE	Pr. SADOUL <i>Physio-pathologie respiratoire</i> Pr. ag. ANTHOINE	Pr. LAMY <i>Clinique de Pneumo-phtisiologie</i>
PSYCHIATRIE D'ADULTES		Pr. ag. LAXENAIRE

- Professeurs Titulaires : l'intitulé d'emploi est indiqué en italique
- (1) : Professeur sans chaire

DISCIPLINES (répartition du Comité Consultatif)	U.E.R. des Sciences Médicales A	U.E.R. des Sciences Médicales B
RADIOLOGIE	Pr. ROUSSEL <i>Electro-radiologie clinique</i> Pr. ag. BERNADAC Pr. ag. HÖEFFEL Pr. ag. SCHOUMACHER (3)	Mme le Pr. ag. TREHEUX Pr. ag. PICARD L.
RHUMATOLOGIE	Pr. ag. GAUCHER A.	Pr. LOUYOT <i>Clinique rhumatologique</i>
STOMATOLOGIE		Pr. ag. STRICKER
THERAPEUTIQUE, REANIMATION MEDICALE, REEDUCATION FONCTIONNELLE ET HYDROLOGIE		Pr. PIERQUIN <i>Médecine du travail et Réadaptation</i> Pr. LARCAN <i>Pathologie générale et Réanimation</i>
UROLOGIE	Pr. GUILLEMIN <i>Clinique des Voies Urinaires</i>	

Agrégés Libres :

MM. les Professeurs agrégés ARNULF, ALGAN et WAYOFF

(3) : Maître de Conférences associé

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur TRIDON

Professeur sans chaire,

qui, avec une bienveillante diligence et sa courtoisie coutumière, nous a permis de présenter cet ouvrage.

Nous lui exprimons nos remerciements, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury, et nous lui en gardons une profonde gratitude.

A nos Juges,

Monsieur le Professeur G. ARNOULD

Professeur de Clinique de Neurologie et Psychiatrie

Qu'il trouve ici, avec nos remerciements,
l'assurance de notre profonde gratitude.

Très respectueux hommages.

Monsieur le Professeur Agrégé DUC

Maître de Conférences, agrégé de Médecine Interne

Monsieur le Professeur Agrégé FLOQUET

Maître de Conférences, agrégé d'Anatomie Pathologique

En souvenir des années de travail commun,
vous avez accepté de juger cette thèse.

Au nom de notre vieille amitié, croyez en
l'assurance de mon affectueuse estime et de
ma confiance.

A Monsieur le Docteur LANG

notre ami,

qui nous a inspiré cette thèse,
reflet de son activité.

Sans ses connaissances, son dévouement, sa gentillesse,
cet ouvrage ne serait pas.

Aussi, qu'il soit assuré de notre indéfectible amitié,
de notre affectueuse estime
et de notre sincère gratitude.

A ma Mère,

en gage de profonde tendresse et en reconnaissance
des nombreux sacrifices dont cet ouvrage est
l'aboutissement.

A mon Père,

sa vie est, pour nous, un exemple, qu'il soit
assuré de ma respectueuse affection

Aussi, est-ce surtout à vous, chers parents, que
je dédie ce modeste ouvrage avec plus d'amour que
je ne saurais dire.

A mon Fils

A ma Fille,

en gage de tendresse.

A ma Femme

A mes Maîtres de la Faculté

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Aux Médecins et Anciens Médecins
de L'HOPITAL DE RAVENEL,

Monsieur le Docteur GERARDIN

Madame le Docteur CAHEN-DAMPT

Monsieur le Docteur JOSSE

Nos premiers chefs de service dans les Hôpitaux
Psychiatriques.

Leur exemple, leur bienveillant enseignement ont
guidé nos premiers pas en psychiatrie.

Qu'ils en soient remerciés.

Au Personnel du Service MEDICO-PEDAGOGIQUE
et du VI^o Service

A Madame BASTIEN A.

A Mesdames les Secrétaires et Assistante
Sociale,

A Monsieur ROBARDEY

A Messieurs les Educateurs - Chefs,

A Monsieur PERROTEY, Directeur d'Ecole,

qui m'ont, avec gentillesse et diligence
apporté leur aide et connaissances pour
mener à bien ce travail.

Avec ma profonde gratitude.

Au Personnel Educateur,
Aux Moniteurs d'Ateliers,
Au Personnel Infirmier

A Mesdames les Secrétaires,
Au Personnel

de L'HOPITAL DE RAVENEL.

A Mademoiselle DELECOEUILIERIE

A Monsieur Pierre ARDOINT

A Monsieur STAMM

Aux Laboratoires SQUIBB

Notre amitié et nos remerciements
pour les moyens qu'ils ont mis à
notre disposition.

A ma Famille

A mes Amis

A mes camarades d'Internat

- S E R M E N T -

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur, et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la société.

INTRODUCTION

*"En éducation, quoi que l'on
fasse, on fait toujours mal"*

FREUD

Si l'éducation de l'enfant normal, autrement dit son apprentissage à une bonne intégration dans la Société où il devra évoluer, est une chose compliquée, celle de l'enfant difficile - retardé scolaire, inadapté social, caractériel, débile mental, instable - demeure et demeurera une tâche ardue, complexe mais combien passionnante. Même en recourant aux méthodes d'investigations modernes de la personnalité, tant psychologiques que psychanalytiques, lesquelles permettent une compréhension plus approfondie de l'individu et malgré l'application des techniques les plus récentes, l'éducation de l'inadapté, de "l'enfant irrégulier" rencontre encore de graves problèmes auxquels se heurte l'équipe de psychiatrie infantile.

L'analyse des facteurs caractériels de la personnalité de l'enfant montre qu'ils appartiennent à des domaines d'étude différents. Les causes, elles-mêmes, modelant une personnalité, étant multiples, nécessitent pour leur étude le concours de praticiens de diverses disciplines. C'est ainsi qu'est apparue la nécessité pour les

psychiatres, les pédiatres, les psychologues, les éducateurs, les assistantes sociales, les pédagogues et les parents de collaborer dans un travail commun, tendant vers un même but : l'établissement exact du diagnostic par la découverte de tous les éléments nocifs, causes de la déficience mentale intellectuelle ou morale de l'enfant dont la connaissance dicte, suivant les cas, l'application d'une thérapeutique médicale, pédagogique, ou psychothérapique ou plusieurs à la fois nécessitant alors la création de Centre Spécialisé.

Actuellement, le développement intensifié des Services de Sauvegarde et d'Aide à l'Enfance, les Consultations d'Hygiène Mentale permettent un dépistage, si l'on nous permet ce terme, d'autant plus précoce que l'éducation des parents elle-même va s'intensifiant ; le bastion des préjugés, lui-même, s'écroulant, on ne considère plus l'insuffisance intellectuelle comme une maladie "honteuse". La fréquentation des Consultations d'Hygiène Mentale est plus régulière et plus fournie.

Ainsi parallèlement aux progrès considérables réalisés en matière d'assistance aux malades mentaux, la conduite tenue envers les enfants déficients a sensiblement évolué au cours de ces dernières années.

Jadis, ceux-ci étaient abandonnés à leur sort, voire supprimés dès la naissance. Bien que l'on retrouve quelques exemples d'assistance aux infirmes datant des IX^e, XII^e et XIII^e siècles, ce n'est guère que vers le XVII^e siècle qu'apparaissent les premiers moyens d'assistance effectifs. L'Eglise, la lère a tenté d'adoucir le sort de ces malheureux. Assistance bien rudimentaire cependant, qui consistait à entasser pêle-mêle vagabonds, muets, aveugles, épileptiques, idiots, à les héberger et à les nourrir. Peu à peu ces êtres déficients ont cessé d'être considérés comme des bêtes.

"Un débile intellectuel, pour peu qu'il ne soit pas d'un type éréthique prononcé, peut devenir un membre, sans doute déficient, mais inoffensif, d'une société qui l'accepte pour ce qu'il est et l'aime tel qu'il est". (BOVET)

C'est surtout après 1789 que Médecins et Pédagogues vont s'intéresser aux enfants déficients et unir leurs efforts pour essayer de les éduquer et de les améliorer.

C'est à Jean ITARD, un des pionniers de la psychiatrie infantile, que revient le mérite d'avoir su créer un intérêt véritable pour le traitement et l'éducation des anormaux, en tentant d'éduquer le Sauvage de l'Aveyron. Il imagina de multiples procédés d'éducation qui devinrent plus tard, la base des méthodes employées dans le traitement médico-pédagogique des déficients intellectuels. Il inspira ainsi de nombreux disciples : BELHOMME distingua des nuances d'arriération mentale, FERRUS et FABRET qui créèrent des écoles spéciales pour arriérés, l'un à Bicêtre en 1824, l'autre à la Salpêtrière en 1831. Mais c'est surtout E. SEGUIN, son disciple le plus éminent, qui créa en 1845 la première école de rééducation. En outre, E. SEGUIN, ne voulant pas faire cavalier seul, unit ses efforts à ceux d'ESQUIROL, réalisant ainsi la première collaboration médico-pédagogique. Il dut ensuite, pour raisons politiques, s'expatrier aux Etats-Unis où il créa de nombreuses écoles spécialisées.

BOURNEVILLE (1879-1907) garda intactes et appliqua les méthodes de SEGUIN et mit au point de nouveaux procédés et appareils pour arriérés. Il participa largement à la création de la neuro-psychiatrie infantile.

Paul BONCOUR, le premier, créa le terme d'Institut Médico-Pédagogique ; il s'attacha surtout à l'étude de la délinquance infanto-juvénile ; de plus, il fut le premier à décrire l'instabilité chez l'enfant.

Depuis, nombreux sont ceux qui suivirent cette voie et les citer tous serait, sinon fastidieux, du moins incomplet. Nommons tout de même André COLLIN, dont le Professeur Charles RICHET (Fils) écrit en 1926 "s'il ne créa pas, au sens littéral du mot, la psychiatrie infantile, puisqu'il eut des précurseurs, on peut dire que nul plus que lui, ne s'identifia à elle".

En 1905, BINET et le Docteur SIMON, son collaborateur, apportèrent de grandes transformations

dans l'étude psycho-pédagogique de l'enfance avec leur méthode de tests qui permet d'étudier le développement de l'enfant de manière précise, objective et scientifique. Ils ont établi une échelle métrique allant de 3 à 5 ans, qui servit de base aux recherches effectuées sur le développement intellectuel des enfants. Ces tests, hélas, eurent plus de succès aux Etats-Unis qu'en France, qui les bouda un temps.

DUPRE, en 1907, introduisit la notion de débilité motrice que l'on trouve associée en proportion variable à la débilité intellectuelle. (NAUDASCHER en 1908 en a recherché les corrélations). On lui doit aussi l'étude des troubles caractériels, de la mythomanie et des perversions instinctives chez l'enfant.

En 1914, COLLIN crée le terme de "Pédopsychiatrie" et décrit les différentes étapes du développement psycho-moteur chez l'enfant, il donne la première consultation de psychiatrie infantile à Paris en 1912.

Nous ne pouvons citer tous ceux qui se sont intéressés à la psychiatrie infantile. Cependant si de nombreux médecins, pédagogues, psychologues, se sont intéressés aux enfants anormaux, les moyens d'assistance mis à leur disposition, même à l'heure actuelle où ils ont pris un développement important, restent encore bien insuffisants.

Deux projets de loi (1937 et 1941) réalisent une vue plus large de la question de l'assistance à l'enfance déficiente en demandant l'organisation du dépistage des enfants déficients : pour cela il y aura :

- des consultations de neuro-psychiatrie infantile dans chaque région
- création de commissions médico-pédagogiques
- augmentation des classes de perfectionnement et d'Instituts Médico-Pédagogiques.

Les pouvoirs publics ont pris conscience de l'intérêt à porter à ces enfants et surtout de leur nombre croissant qui semble avoir augmenté dans des proportions considérables depuis une cinquantaine d'années : en 1921 on dénombre 11.800 arriérés, en 1936 100.000 ;

actuellement on estime à 500.000 le nombre d'enfants mentalement déficients.

Sans vouloir minimiser l'importance croissante des facteurs sociaux tels qu'alcoolisme, amoralité du milieu... l'augmentation numérique des enfants mentalement déficients semble due en grande partie à l'amélioration et à l'extension des moyens de dépistage, ainsi qu' à l'intérêt de plus en plus grand qui leur est porté.

D'autre part les progrès réalisés tant en thérapeutique qu'en hygiène sociale, ont réduit la mortalité en France, mais ont eu pour conséquence, dans une certaine mesure, l'augmentation des cas de débilité mentale.

Le dépistage concernant de tels enfants nécessitant la collaboration de médecins spécialistes, pédagogues, psychologues, il était naturel que des psychiatres se penchant sur ce problème, soient amenés à souhaiter la création d'établissements spéciaux appelés Instituts Médico-Pédagogiques.

D'autre part, il était nécessaire que ces établissements fonctionnent sous forme d'internat, l'isolement du milieu social étant le plus souvent indispensable pour certains de ces enfants.

Arracher l'enfant à son milieu tant familial que social, voire à une camaraderie malsaine, responsables des divers troubles observés, le soustraire à une liberté mal comprise et sans contrôle, le placer dans des conditions saines, aussi bien physiquement que moralement, appliquer des méthodes pédagogiques et thérapeutiques personnalisées, instaurer des habitudes, éveiller chez l'enfant des sentiments latents ou endormis, rectifier des tendances fâcheuses, inculquer des notions morales sous la surveillance combinée de médecins spécialistes, d'éducateurs conscients de leur tâche, d'instituteurs spécialisés, voilà en définitive le but des Instituts Médico-Pédagogiques.

Mais il est certain que l'internat le mieux organisé ne pourra jamais remplacer la famille,

les éducatrices les plus compréhensives, malgré leur meilleure volonté, ne pourront jamais créer cette ambiance de sollicitude et de tendresse indispensable à l'équilibre affectif et psychique de l'enfant. Malheureusement la formule de l'internat médico-pédagogique représente dans l'état actuel de la société la seule solution valable.

OBJET DE CETTE THESE

La question du placement des enfants à leur sortie de l'Institut Médico-Pédagogique pose le plus souvent de sérieux problèmes, difficilement solubles. Les difficultés sont dues essentiellement à l'absence d'organisme de placement prenant en tutelle les enfants à leur sortie. Déjà en dehors de toute considération concernant les difficultés de placement dues à l'encombrement du marché du travail, l'adaptation à la vie sociale actuelle est bien difficile pour des enfants privés en général de tout soutien familial et se trouvant brusquement livrés à eux-mêmes. Leur suggestibilité va les entraîner à suivre l'exemple de ceux qui les entourent, lesquels ne sont pas toujours particulièrement bienveillants à leur égard et sont assez souvent tentés de se moquer d'eux et de profiter de leur faiblesse. Ils peuvent être ainsi amenés à commettre des actes délictueux. BOVET, dans les Aspects psychiatriques de la délinquance juvénile écrit : "Toutes les fois que, pour un motif quelconque, "l'armée de réserve de la délinquance" se trouve partiellement ou entièrement mobilisée, de nombreux oligophrènes se trouvent sur les rangs, en raison de leur fragilité psychique et de leur suggestibilité".

L'incompréhension du milieu peut également faire réapparaître des troubles du caractère et du comportement qui avaient pu s'atténuer et même disparaître durant le séjour à l'institut médico-pédagogique. Replacé

dans la vie extérieure, en contact maintenant avec des personnes qui n'ont aucune raison spéciale de les ménager, ils vont réagir quelquefois par une opposition qui, si elle est entretenue, va dans certains cas les amener à avoir des réactions antisociales. Finalement les adolescents risquent donc de se trouver, à la faveur de circonstances malheureuses, de nouveau à la charge de la société, parce que celle-ci n'aura pas su les comprendre, ni les protéger. Cette situation est d'autant plus regrettable qu'il s'agit, pour la plupart, de sujets capables de travailler, de subvenir à leurs besoins, sinon en totalité du moins en partie.

Même lorsque la rééducation réalisée en milieu médico-pédagogique aura donné le maximum de résultats, les débilés vont rester particulièrement fragiles et incapables de faire face aux exigences de la vie sociale actuelle. Donc, pour que l'adaptation à la société des enfants déficients soit réalisable et durable, il faudrait qu'ils soient l'objet d'une "tutelle sociale permanente".

Actuellement les Instituts Médico-Pédagogiques débouchent sur des Instituts Médico-Professionnels où les jeunes peuvent faire un pré-apprentissage, voire un apprentissage adapté à leurs aptitudes, tant physiques qu'intellectuelles.

En ce qui concerne les déficients profonds, ils ne peuvent trouver leur place que dans des "Centres d'aide par le travail" ("Atelier protégé", "Secteur protégé, intégré dans un cadre normal de travail"), dans des "Foyers", centres destinés aux sujets qui ne peuvent fournir qu'un rendement très faible. Leurs caractéristiques sont bien définies dans la circulaire du 16 Mars 1972, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.

Etant données les exigences de la vie moderne, il est certain que ces individus resteront toujours des débilés handicapés par leur lenteur, leur manque d'initiative, leur suggestibilité. Cependant, malgré

leur potentiel effectif réduit, ils pourront, s'ils sont bien "encadrés", tenir dans la société une place à la mesure de leurs moyens.

L'équipe médico-pédagogique, après avoir assuré l'éducation du déficient intellectuel durant son séjour en Institut Médico-Pédagogique, doit encore compléter son action et protéger son passage de l'Institut à la vie extérieure, autant que faire se peut. Car, si certains gardent longtemps des attaches avec leur "ancienne famille" et viennent se confier ou quêter des conseils, d'autres coupent rapidement les ponts avec leur internat, désirant en oublier jusqu'au nom.

Ce que nous avons voulu connaître et étudier dans ce travail, est précisément le devenir de tous les enfants et adolescents de notre Institut Médico-Pédagogique, au cours d'une décade s'étendant de 1958 à 1967. Nous nous sommes préoccupés de les retrouver et d'essayer de connaître aussi complètement que cela était possible leur condition sociale, leur réussite, leurs échecs professionnels. Ce retour en arrière, a donc été pour nous l'occasion de faire le point, d'établir un bilan d'activité et de juger de la rentabilité des efforts déployés par l'équipe médico-**psycho**-pédagogique.

C'est, bien entendu, au sein de la société à laquelle on les a rendus que ces jeunes gens vont nous fournir la preuve que l'éducation reçue, que les valeurs inculquées, ont permis une adaptation sociale, si non parfaite, du moins tolérable, ou qu'au contraire les principes et méthodes éducatives qui leur ont été appliqués, sans préjudice de nombreux autres facteurs, ont abouti à un échec, ont été sanctionnés par l'inadaptation, la rechute, des actes délictueux, et parfois le retour à l'hôpital psychiatrique.

Mais avant cette étude, nous allons présenter les lieux, les locaux, l'équipe psycho-médico-pédagogique, tous les éléments qu'auront à fréquenter nos jeunes pensionnaires.

L'INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

Dénomination bien préférable à celle communément employée de "Service Médico-Pédagogique de Mirecourt " qui nous rappelle trop la proximité de la Maison Départementale de Santé de Ravenel, dont il ne serait que l'un des "services" ; nous apporterons quelques explications justifiant la préférence accordée à la première appellation.

HISTORIQUE

Nous passerons assez rapidement sur ce chapitre, conseillant au lecteur que cela intéresserait de se reporter aux articles indiqués dans la bibliographie de cet ouvrage.

Toutefois, nous insisterons sur un détail qui a son importance : l'origine des bâtiments de l'I.M.P. Ceux-ci ont été construits les premiers de tous les pavillons de l'hôpital et devaient servir d'établissement psychiatrique privé (au sens de la loi du 30 juin 1838). Les travaux étaient presque terminés, lorsqu'une enquête de l'Inspection Générale du Ministère de l'Intérieur, fit apparaître que le projet ne présentait pas toutes les garanties exigées et l'Administration Centrale refusa d'approuver ce projet. On ferma le chantier, pour en réouvrir un autre plus vaste quatre ans plus tard, en 1937 qui allait élever à côté du précédent, l'Hôpital Psychiatrique promement dit, actuel, sur des plans totalement différents du premier, ce qui explique que le visiteur soit surpris de la différence d'architecture, lorsqu'il franchit l'enceinte de l'hôpital et se dirige vers l'Institut Médico-Pédagogique, distant d'une centaine de mètres seulement. Ce sont ces 2 bâtiments primitivement édifiés, qui ont été affectés à l'I.M.P. L'ensemble, vu extérieurement, ne laisse pas de décevoir par l'aspect massif, dépourvu de tout style, des bâtiments; leur ligne austère, leur volume laissent une impression défavorable.

C'est là qu'arrivèrent les premiers enfants à l'ouverture du service le 17 mars 1949.

SITUATION GEOGRAPHIQUE ET CLIMATIQUE

L'Hôpital de Ravenel et notre Institut sont situés aux confins du Plateau Lorrain, à 289 mètres d'altitude et à 1.500 mètres de Mirecourt, la cité des Luthiers. Les enfants, tout en demeurant au sein de la nature et des collines boisées, conservent des contacts avec la vie urbaine, ce qui contribue pour une part à leur rééducation sociale, ainsi que le préconise HEUYER : "Les enfants arriérés mentaux ou caractériels en danger moral, doivent rester en contact avec l'extérieur, avec la vie".

Le climat est assez rude en hiver du fait des vents dominants du Nord-est et du degré hygrométrique élevé ce qui pourrait, occasionnellement, être une contre-indication aux insuffisants respiratoires.

LES BATIMENTS DE L'INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

L'Institut Médico-Pédagogique comporte deux pavillons : appelés A et B, qui sont nettement isolés de la zone médicale psychiatrique. Leur architecture, leur aménagement sont rigoureusement symétriques et rappellent la caserne. Mais, afin d'en briser la monotonie et la sévérité, les fenêtres, autrefois à barreau, ont été aménagées en grandes baies, complètement ouvrables, et rendu totalement incassables par l'emploi de matière type Altuglas, ce qui représente un progrès en matière de sécurité.

Mais il serait souhaitable que d'autres constructions voient le jour, immeubles plus modernes, plus accueillants pour des enfants et surtout constructions horizontales plutôt que verticales. L'abandon de ces locaux démodés, pour la création d'autres plus modernes est à l'étude depuis plusieurs années. Tour à tour, on a projeté de construire l'Institut Médico-Pédagogique dans les environs d'Epinal, puis de Darney, enfin, pour tenir compte dans une certaine mesure de l'opposition du personnel, opposition motivée par le fait qu'une grande partie d'entre eux s'est rendue propriétaire de maisons ou a fait bâtir, il serait question de construire le futur I.M.P. à l'Est et en dehors de l'Hôpital Psychiatrique, sur une colline très ensoleillée et protégée de la bise en hiver.

Mais voyons quel est l'aménagement intérieur des pavillons ou bâtiments A et B. Dans chaque bâtiment :

- au rez-de-chaussée ont lieu des activités physiques : réfectoire, salles de jeux, office, logement de

l'Educateur Chef, ateliers, préaux et cours.

- au premier étage : infirmerie, chambre d'isolement pour contagieux pour une moitié ; classes pour l'autre moitié.

- au deuxième étage : le domaine du repos (dortoirs) ;

A chacun de ces bâtiments est affectée une catégorie d'enfants différents :

Le "A", ou pavillon des adolescents, a un effectif à ce jour de 92 garçons de 14 à 20 ans susceptibles d'être préparés à une adaptation sociale et professionnelle convenables. Certains, plus doués, reçoivent un enseignement scolaire qui est le prolongement de l'enseignement reçu au pavillon "B". La plupart, tout en complétant leur instruction, sont répartis dans divers ateliers, ou des moniteurs techniques leur apprennent à travailler avec méthode, goût et discipline, les préparant ainsi à exercer plus tard un métier, susceptible de les reclasser dans la société.

En dehors des heures de travail, les adolescents sont confiés à des Educateurs. Des terrains de jeux (basket-ball, volley-ball, hand-ball, section de pétanque, équipe de cross), un stade, permettent les exercices physiques et les sports.

Des rencontres sportives avec des Centres d'activités physiques départementales et les Centres d'initiation sportive, favorisent les contacts humains et stimulent par l'émulation, réalisant entre autres, les conditions d'une vie normale et non d'Internat hermétiquement clos, mais nous détaillerons ces activités dans un chapitre spécial.

Le "B", vis-à-vis du "A", dont il est séparé par la lingerie et la buanderie de l'hôpital, ou pavillon des enfants "éducables" a un effectif à ce jour, de 105 enfants, garçons et filles, de 6 à 14 ans ayant un QI égal ou supérieur à 70, qui permet de les récupérer au point de vue scolaire. Ils se répartissent en sept groupes de quinze environ (5 de garçons, 2 de filles).

Six Instituteurs dont un Directeur, anciens stagiaires du Centre de Pédagogie Spéciale et titulaires du Certificat d'Aptitude à l'enseignement des enfants arriérés, assurent l'instruction avec les horaires prévus par les textes réglementaires.

Ici encore, en dehors des heures de classes, les enfants sont confiés à des Educatrices et Educateurs, qui ont chacun un groupe de 15 enfants.

En somme, l'Institut répond bien, tant au point de vue matériel qu'au point de vue personnel, aux conditions qui font l'objet du vœu rédigé par le Docteur TRIVAS.

Pour nous résumer nous trouvons, constituant l'Institut :

- le bloc scolaire : classes, classes-ateliers, ateliers professionnels, ateliers éducatifs, salle de gymnastique
- le bloc médico-psychologique : cabinet médical,
 - . box de psychométrie
 - . box de psychologie : occupé, actuellement, un seul jour par semaine par un psychologue.
 - . box d'orthophonie en instance d'être pourvu d'un spécialiste.
- le bloc familial : réfectoire, chambrettes, salles de groupe et de détente.

LES CONTACTS

L'Institut Médico-Pédagogique est spécial déjà en soi. L'enfant en y entrant a l'impression d'avoir déjà une étiquette d'enfant difficile. Il va l'exploiter au début, en disant : "Ici, c'est une maison pour les fous, moi je suis fou".

Mais là, toutes ces réactions, qui sont loin d'être faciles, sont cependant aidées par la structure même de l'Institut Médico-Pédagogique où les moyens de traitement sont facilement mis à la disposition.

La plupart des Instituts Médico-Pédagogiques et surtout ceux qui sont rattachés aux Hôpitaux Psychiatriques, fonctionnent sous forme d'Internat. Cette formule même de l'Internat, nécessité sociale résultant de la défaillance et de l'incurie parentale, si elle est utile en certains cas (en particulier pour les enfants présentant des troubles caractériels en milieu familial), comporte de sérieux inconvénients, qui sont ceux de toute collectivité ; celle-ci réalise, en effet, un milieu artificiel où l'enfant va se trouver obligatoirement dans une atmosphère de neutralité affective.

L'internat le mieux organisé ne pourra jamais remplacer la famille, les Educatrices les plus compréhensives, malgré leur meilleure volonté ne pourront jamais créer cette ambiance de sollicitude et de tendresse indispensable à l'équilibre affectif et psychique de l'enfant. Celui-ci devient fatalement dans ce climat collectif "un enfant parmi les autres". Le caractère artificiel de ce milieu va se trouver encore aggravé par les relations restreintes qu'ont nécessairement ces enfants avec le milieu extérieur et va rendre particulièrement difficile leur retour à la vie sociale.

Il est intéressant de connaître les réactions affectives que déclenche la mise en Internat d'un enfant. Certaines réactions sont violentes, d'autres sournoises ; certaines, positives, vont avoir d'heureuses conséquences, d'autres, négatives, peuvent laisser des traces définitives et engager l'avenir psychologique.

Le psychiatre aura pour tâche de découvrir l'origine de ces réactions affectives (conflits affectifs familiaux antérieurs à l'entrée en Internat) ; d'en mesurer la gravité : elles sont le reflet tantôt de conflits familiaux, tantôt de troubles du caractère, tantôt de troubles affectifs profonds.

Affirmons que l'Internat est un milieu parfaitement anormal : anormal pour l'Enfant et pour l'Educateur. Et malgré cela on attend, tant de l'enfant que de l'éducateur, des réactions telles que, dans ce milieu si anormal, ils doivent s'adapter au point d'avoir un comportement "normal".

Les réactions affectives dépendent de l'âge de l'enfant essentiellement, de son affectivité antérieure et des circonstances de sa mise en Internat.

- . Le très jeune enfant, de 5 à 12 ans environ.
Sa mise en Internat peut déclencher plusieurs types de réactions

- des réactions d'anxiété
- des réactions d'agressivité, plus rares
- des réactions d'inhibition
- des réactions d'instabilité

Les réactions d'anxiété : réactions de détresse, l'enfant pleure, est déprimé, présente des troubles du sommeil, de l'appétit ; parfois, apparition d'une note régressive : l'énurésie.

La réaction est beaucoup plus violente si l'enfant est peu mûr : il ressent la mise en Internat comme un abandon, un rejet des parents : en outre les camarades deviennent vite conscient de sa détresse et l'attaquent

d'autant plus qu'ils le sentent incapable de se défendre.

Les réactions d'agressivité : plus rares. L'enfant est bagarreur et s'oppose à toute discipline, quelquefois l'agressivité exprime l'adaptation à une discipline différente, parfois elle cache une anxiété profonde.

Les réactions d'inhibition : pâleur, tristesse du regard, une certaine mimique, mauvais sommeil, lent, mauvais travail et manque de rendement scolaires, recherche de la solitude reflètent l'anxiété profonde. Enfant passif, se confiant peu.

Les réactions d'instabilité, liées à l'agressivité : enfants turbulents, interrompant le maître, indisciplinés, brusques et agressifs.

Tantôt cette instabilité est conditionnée par des changements multiples d'établissements : il s'habitue à ne plus avoir de liens affectifs profonds qu'à travers une sorte d'agressivité qui livre peu de lui-même. Certes il est difficile de conserver les enfants très turbulents mais le changement est certainement une méthode trop facile, non seulement peu efficace, mais bien souvent aggravante.

Tantôt l'agressivité est le reflet d'une attitude névrotique. C'est la recherche de la punition d'où provocation du maître en projetant sur lui ses conflits familiaux. Le maître doit alors prendre conscience des mobiles profonds de l'enfant et progressivement dévaloriser cette recherche de la punition.

Quoi qu'il en soit, quelles que soient les réactions on ne les trouve jamais à l'état pur, bien entendu mais intriquées, l'une d'entre-elles s'extériorisant avec plus d'acuité que les autres. En outre, il faut savoir que l'instabilité, l'agressivité, l'inhibition ne sont que des symptômes qui révèlent le sentiment d'insécurité de l'enfant, le manque d'affection. A un degré de plus, ces réactions peuvent être les signes de troubles prénévrotiques, voire névrotiques.

. L'adolescent mis en Internat

A l'adolescence les réactions affectives seront encore plus violentes. C'est à cette période que l'on risque de rencontrer et de voir éclater les réactions de révolte et de violence qui se traduisent par des fugues, des colères, des impulsions.

C'est le moment le plus anormal pour entrer en communauté close, car c'est la période de recherche de libération, et on lui impose de nouveaux éducateurs (après les parents) pressentis encore plus rigides, c'est aussi et surtout le début de la pulsion sexuelle.

Nous avons vu, chemin faisant, quelles sortes de contacts l'enfant peut avoir à l'intérieur de l'Etablissement. Certains sont quotidiens, constants : ce sont les rapports intérieurs avec le personnel tant enseignant qu'infirmier. Les autres sont occasionnels : ce sont les contacts extérieurs lors des visites, des vacances ou des sports.

Rapports intérieurs : entre les enfants et :

- Le personnel enseignant : instituteurs, moniteurs techniques d'ateliers, Educateurs spécialisés.
Durée de ce contact : 6 heures par jour.

- Le personnel éducateur : les Educateurs étant plus intimement liés à l'activité des enfants, beaucoup plus près d'eux affectivement. Durée de ce contact : 8 heures environ.

- En ce qui concerne les rapports entre les 2 pavillons eux-mêmes, ils sont réduits à la fréquentation commune aux Offices et aux séances récréatives, cinéma surtout le dimanche.

Rapports extérieurs :

- Lors des visites des parents ou amis à leurs enfants ;

- Pendant les vacances où les enfants bénéficient de permission de 3 semaines à un mois chez leurs parents, tuteurs, gardiens. Pendant les grandes vacances à Noël et à Pâques : 15 jours. Enfin, courte permission tous les 15 jours, voire plus fréquemment dans leur famille durant le week-end. Les adolescents ont une journée de libre par semaine : le samedi en général.

- Lors de manifestations sportives, soit sur le stade de l'Hôpital, soit lors de déplacements des équipes de Basket-ball, de Pétanque, de Volley, etc...

Les contacts avec l'extérieur, bien que restreints, sont de plus en plus nombreux chaque année et vont sans cesse s'améliorant, car nous les favorisons. Ainsi, venant s'ajouter à leurs vacances familiales en été, les enfants bénéficient de trois semaines supplémentaires de camping dans un domaine que possède l'Institut Médico-Pédagogique sur une colline située à 2 kms au Nord de Gérardmer et à 900 mètres d'altitude environ, dénommé : "Le Camp des Xettes", ancienne ferme vosgienne, située au milieu d'une immense clairière dans une magnifique forêt de sapins. Cette ferme est aménagée en colonie de vacances, comporte téléphone, cuisine moderne, réfectoire, dortoirs, eau courante. Le climat de l'endroit est bien fait pour tonifier les tempéraments lymphatiques et stimuler les constitutions asthéniques.

Bien entendu cette colonie ne pouvant contenir les 200 enfants que comptent le "Service" Médico-Pédagogique, l'un des pavillons l'occupe en juillet par exemple, pendant que les enfants de l'autre pavillon sont en famille et en août ce sera l'inverse. Les enfants y sont encadrés par leurs Educateurs-Chef, Educateurs respectifs et moniteurs de vacances. Il y a les promenades en forêt, mais aussi visite de la ville de Gérardmer et surtout les baignades et promenades en "pédalo" sur le lac.

En conclusion, le régime d'Internat s'assouplit chaque année pour favoriser insensiblement, mais progressivement, une réadaptation des sujets dans notre Société, tout en maintenant et en leur inculquant une discipline nécessaire à une bonne réinsertion au sein de la Société.

BLOC MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Ainsi que l'écrit le doyen Jacques Parisot, les jeunes cadres de l'Hôpital Psychiatrique de Ravenel se tournent résolument vers les thérapeutiques modernes et l'Hôpital prend "sa vraie place comme centre de préservation et de traitement, d'éducation et d'assistance, en se reliant tout à la fois à l'action du Corps Médical et à celle de toutes les institutions qui concourent à protéger la vie humaine dans tous ces aspects".

L'Institut Médico-Pédagogique est placé sous l'autorité d'un Médecin du cadre des Hôpitaux Psychiatriques, assisté de trois internes nommés au concours.

De tels Instituts, ou moins prétentieusement, de tels services, doivent de toute évidence avoir à leur tête un médecin rompu aux disciplines de la Psychiatrie infantile ; c'est le médecin et lui seul qui peut faire la synthèse des constatations faites et des renseignements recueillis par l'Assistante Sociale, l'Educateur, l'Instituteur, le Psychologue, le Juge : le médecin peut avoir cette vue d'ensemble, cette synthèse et confronter les données fournies avec l'examen médical (tant physique que mental) qui domine et commande les mesures à prendre et les directives à donner.

Nous n'aborderons point le détail des méthodes thérapeutiques employées. En ce qui concerne les traitements dont sont justiciables les enfants, nous devons considérer les deux disciplines médicales obligatoirement induites par le genre d'enfants que sont nos pensionnaires : traitement galénique et psychothérapie.

Des consultations bi-quotidiennes de Médecine générale sont dispensées par l'Interne.

Bien entendu, les consultations de Psychiatrie s'intriquent avec les précédentes. L'équipe médicale est sollicitée au cours de ces entretiens, et doit enseigner des attitudes psychothérapiques et donner des conseils pédagogiques. Mais pour faciliter l'approche psychothérapique des sujets, nous employons volontiers, quand cela est nécessaire, l'aide des thérapeutiques psychiatriques : nous les imposons chaque fois que les troubles du caractère et du comportement, l'agitation, l'agressivité, l'instabilité l'exigent. Les neuroleptiques, les psycholeptiques, les thymoleptiques, les psychotoniques tentent de corriger certains déficits, d'atténuer la péjoration des troubles, aidés, en outre, par la psychothérapie.

Aussi, qu'il nous soit permis dans ce chapitre d'exposer les raisons qui dictent notre attitude thérapeutique, d'en conter les modes et nature des traitements et d'en énumérer les résultats.

Comme nous l'avons décrit dans un précédent chapitre consacré aux troubles caractériels, névrotiques, voire psychotiques provoqués, catalysés, révélés par l'Internat, les réactions affectives de frustration surtout engendrent maints conflits avec le personnel éducatif. C'est à la demande des instituteurs surtout et des Educateurs que nous intervenons le plus souvent.

Nous avons insisté aussi sur le fait que la plupart des perturbations exprimées par l'enfant, que ce soit l'inhibition, l'instabilité, la turbulence, l'agressivité, les troubles du sommeil et de l'appétit; étaient toutes sous-tendues par une composante commune : l'anxiété facteur d'inadaptation, d'opposition, de résistances.

Pour accélérer et faciliter l'approche psychothérapique des sujets, nous avons utilisé un anti-psychotique prescrit à ses débuts comme anxiolytique. Ce produit, que nous avons décidé d'utiliser, devait répondre à certains critères dictés par les impératifs rencontrés à l'Institut Médico-Pédagogique. Ce produit devait, avant

tout, permettre autant que possible, la poursuite des activités scolaires normales, donc éviter ou raccourcir au maximum l'observation en infirmerie, tout en garantissant une efficacité durable et une absence de phénomènes secondaires ; sachant d'autre part que toute hospitalisation provoque chez l'enfant des désordres affectifs sévères. De plus une interruption prolongée de la Scolarité peut entraîner des retards scolaires catastrophiques, sans parler des réactions des camarades et des maîtres à l'issue d'un traitement en service de psychiatrie (entendre ici l'infirmerie).

Nous nous sommes adressés au Dichlorhydrate de Fluphénazine étudié pour ses propriétés tranquillisantes et anxiolytiques et c'est dans la mesure où nous nous sommes limités à de faibles doses que nous avons utilisé ses propriétés, sans exploiter ses qualités neuroleptiques. Parfois, nous avons aussi bénéficié de son action légèrement stimulante.

Ce produit s'est révélé parfaitement bien toléré et nous devons insister sur son originalité : l'absence d'action sur la vigilance. Tous les enfants traités ont pu poursuivre leurs activités habituelles. Les instituteurs n'ont jamais signalé de somnolence, ni de ralentissement idéique, ni de troubles de l'attention ; en aucun cas le rendement scolaire n'a été perturbé par la thérapeutique.

Bien entendu, nous ne prétendons pas présenter ce produit comme l'idéal, puisqu'il nous faut mentionner l'apparition de deux troubles secondaires, qui sont :

- une lassitude assez marquée en fin de journée : les enfants s'endormant peu après le repas du soir ;

- des troubles oculaires, les plus graves puisqu'à type de mydriase, imposant parfois l'utilisation d'un "myotique". Cette perturbation s'extériorisait par des troubles de l'écriture, mais disparaissait très rapidement sous l'effet des correcteurs, type trihexyphénidyle ou étybenzatropine.

La tolérance excellente du médicament ne nous a fait enregistrer aucun refus d'absorption.

Dans tous les cas traités : manifestations anxieuses avec réactions du type refus d'aliments et

terreurs nocturnes, situation conflictuelle avec apparition d'énurésie, la sédation rapide des symptômes a permis, en même temps qu'une transformation de l'enfant, un apaisement du climat affectif familial et une évolution rapide vers la guérison.

Rapidement, les résistances de l'enfant s'estompent, les symptômes dominant disparaissent. L'enfant devient plus réceptif et accepte mieux l'approche et la relation psychothérapeutiques.

La disparition rapide des troubles contribue à dédramatiser la situation dans le milieu scolaire, à normaliser l'attitude des Instituteurs et Educateurs devant les troubles de l'enfant et à rendre le climat affectif plus sécurisant. Il devient alors plus aisé d'aider le personnel à contrôler ses réactions et à mieux comprendre son rôle.

Quant à l'enfant, dont les troubles parasites sont estompés, il manifeste un regain d'intérêt aux activités scolaires et de groupe qui s'avère durable, le rendement étant, en général, amélioré.

Il serait très intéressant de décrire quelques-unes des observations que l'on peut retrouver dans nos travaux publiés dans plusieurs colloques et congrès de Neuro-Psychiatrie. Qu'il nous soit permis de rapporter l'appréciation d'Educateurs et d'Instituteurs qui venaient spontanément nous rendre compte de "l'effet miraculeux" qui s'était manifesté dans le comportement de leurs élèves si rapidement.

Il va de soi que le produit n'est pas la panacée et que nous avons enregistré des échecs, dûs le plus souvent, semble-t-il, à des cas mal choisis.

Bien entendu, certains étaient justiciables d'autres traitements que nous n'avons point manqué d'utiliser.

L'équipe para-médicale comprend :

- une assistance Sociale dont le rôle est multiple : assurer une bonne coordination parents-enfants, favoriser

leurs contacts, conseiller les familles, donner des conseils pédagogiques, avoir des rapports avec les services préfectoraux de l'Aide Sociale à l'Enfance, trouver des gardiennes, des nourrices à certains deshérités, trouver des emplois aux futurs sortants, en résumé assumer la lourde tâche pour une articulation parfaite entre l'Institut et les divers organismes extérieurs dont dépendent les enfants et assurer le service de suite après la sortie. Devant l'ampleur de cette tâche, nous pensons que pour une population de 200 enfants environ, la présence d'une seconde assistante ne serait pas superflue.

- Un Psychotechnicien, ancien Educateur spécialisé (diplômé), occupe le poste de Psychométrie ayant reçu une formation dans le Service pour la passation des tests. Ses qualités professionnelles n'ont jamais mis en défaut la confiance que nous lui accordons.

Quels tests utilisons-nous :

Nous nous contenterons de les énumérer, sans les décrire :

- 1) W.I.S.C. ou Wechsler pour enfants ;
- 2) W.A.I.S. ou " pour adolescents et adultes ;
- 3) Terman ;
- 4) Test du Bonhomme ;
- 5) Alexander ;
- 6) Cube de Kohs ;
- 7) Figure de Rey ;
- 8) E.D.L. (Epreuve Dessin Lecture) ;
- 9) Grace-Arthur

- Enfin de temps en temps, une Psychologue diplômée complète cette batterie de tests, chez certains enfants, par :

- Rorschach
- T.A.T.
- C.A.T.
- Pattes noires
- Fables de Düss
- Test Z.

Cette équipe de Psychiatrie Infantile se réunit pour discuter de l'orientation à choisir pour un enfant arrivé au terme de son séjour dans notre Etablissement.

Ces "réunions de synthèse" groupent : le médecin-chef, l'Interne, l'Educateur-Chef, l'Assistante Sociale, l'Instituteur, l'Educateur de groupe. Bien entendu, il est tenu le plus grand compte des désirs de l'enfant, de ses aspirations, mais surtout de ses possibilités.

Il nous paraît intéressant d'insister sur la richesse de l'équipe médicale extérieure composée de médecins spécialistes, non résidents, qui viennent périodiquement à l'Etablissement et apportent une aide précieuse aux médecin et Internes de l'I.M.P. C'est là, le seul grand avantage de la proximité de l'Hôpital psychiatrique.

C'est ainsi que nous bénéficions de consultations de :

- a) Phtisiologie
- b) Radiologie
- c) Dermatologie
- d) Oto-Rhino-Laryngologie
- e) Ophtalmologie
- f) Cabinet dentaire
- g) Laboratoire d'Electro-Encéphalographie.

Enfin, et nous serons complets, citons le Laboratoire d'Analyses dirigé par un Pharmacien. On y pratique les examens biologiques courants.

Grâce à cette équipe médicale spécialisée, les enfants sont assurés de trouver les soins que leur état nécessite ; les urgences chirurgicales et la pathologie médicale grave sont dirigés dans un centre hospitalier de l'une des villes proches : Vittel, Epinal ou Nancy.

Quant au personnel infirmier, il se compose :
- au bâtiment "A" de 13 infirmiers environ tous masculins ;
- au bâtiment "B" de 3 infirmières qui se relaient par roulement.
personnel diplômé des Hôpitaux psychiatriques.

ORGANISATION PEDAGOGIQUE DU SERVICE

L'I.M.P. est rattaché administrativement à l'Hôpital psychiatrique pour tout ce qui concerne les questions matérielles, le personnel éducateur et infirmier. Mais la direction pédagogique est confiée au Directeur de l'Ecole de Perfectionnement du Service, dépendant elle-même du Ministère de l'Education nationale.

L'Etablissement a signé un "Protocole d'accord" avec l'Education Nationale, mais cette dernière ne pouvant actuellement fournir l'effectif nécessaire de maîtres spécialisés (il en faudrait 9), trois classes sont confiées à des Educatrices "scolaires".

Chaque Pavillon est dirigé par un Educateur-chef ; exceptionnellement nous en trouvons deux au "A" : l'un pour les Ateliers, l'autre pour l'Internat. Chaque Educateur-chef est secondé par des Educateurs et Educatrices.

Effectif du Pavillon "A".

- 2 Educateurs-chefs
- 21 Educateurs et Educatrices : Educateurs spécialisés, Moniteurs-Educateurs, Elèves-Educateurs, Auxiliaires-Educateurs.
- 6 Moniteurs techniques chefs d'Atelier.

Effectif du Pavillon "B".

Dans ce pavillon se trouve l'Ecole de Perfectionnement, destinée à assurer l'enseignement de 105 enfants de 6 à 14 ans (garçons et filles).

Cette Ecole se compose de 6 classes à la tête desquelles nous trouvons le directeur et cinq instituteurs dont un Educateur "chargé de classe".

Bien entendu ces Directeur et Instituteurs sont titulaires du "Certificat d'Aptitude à la fonction d'éducation spéciale des jeunes inadaptés".

En dehors du temps de classe, les enfants sont encadrés par des Educateurs et éducatrices au nombre de vingt-trois se composant des mêmes catégories qu'au Pavillon "

Enfin on compte encore 8 préposées à des servitudes diverses (nettoyage des salles, des réfectoires, de la cuisine, etc...)

Le recrutement du personnel éducateur a posé et pose encore de graves problèmes dans la mesure où l'on exige un personnel diplômé.

En effet les candidats issus d'une école d'Educateurs sont très rares dans les Internats et les Etablissements publics : la plupart préfère travailler dans des Externats Médico-Pédagogiques ou en "Milieu Ouvert" en raison de la plus grande facilité des horaires de travail.

Par ailleurs, il est bien connu que, si les Etablissements publics apportent une certaine sécurité de l'emploi, ils sont pourtant délaissés au profit des établissements privés qui offrent des conditions matérielles immédiates combien plus avantageuses.

Aussi, doit-on se contenter, de "sélectionner" un personnel parmi des gens non diplômés, non formés et souvent n'ayant pas le niveau suffisant. Nous éviterons de parler vocation.

Il est actuellement offert aux "Educat-
teurs" en fonction, de pouvoir bénéficier d'une formation
d'adaption à l'issue de laquelle ils recevront, soit une
équivalence, soit un diplôme, mais alors, nantis de ce diplôme
combien résisteront aux attrait du privé.

C'est pourquoi nous demandons depuis longtemps que le sta-
tut du personnel exerçant dans les Etablissements Publics
soit aligné sur celui des Etablissements Privés, pour éviter
une concurrence qui, finalement, ne porte préjudice qu'aux
enfants.

L'Educateur n'est ni un surveillant, ni
un substitut parental. Sa tâche exige des connaissances ap-
profondies de la psychologie infantile, de la dynamique de
groupe, de la psycho-pathologie des enfants arriérés. Cela
ne s'invente pas quoiqu'on dise, si cela nécessite en effet
des qualités humaines indispensables.

Enfin un Aumônier, attaché à l'Etablis-
sement, enseigne le catéchisme aux enfants, les prépare à
la Communion Solennelle faite à la Chapelle de l'Hôpital,
organise pour eux des distractions (promenades, réunions).

LES ENFANTS

ORIGINES.

La plupart des enfants adressés à l'I.M.P. sont dépistés aux Consultations d'Hygiène Mentale qui ont lieu et se renouvellent chaque mois dans les principaux chefs-lieux d'arrondissements du Département. Ils sont aussi adressés par les Commissions Médico-Pédagogiques. Afin de dépister plus tôt, plus rapidement les cas difficiles la tendance étant, comme en toute matière médicale, à la prophylaxie, les Services de la D.D.A.S.S. multiplient les dispensaires et les consultations d'Hygiène Mentale, lesquelles sont de plus en plus fréquentées par la population intéressée.

Notre Institut reçoit les enfants de 6 à 16 ans pour les garçons, certains peuvent être gardés jusqu'à 20 ans exceptionnellement, et de 6 à 14 ans pour les filles.

Notre département comptant peu de Communes de plus de 5000 habitants (9 au total), on peut considérer l'ensemble de la population comme essentiellement rurale.

Afin de maintenir une certaine homogénéité dans ce groupe d'enfants, une sélection a été appliquée : l'I.M.P. n'admet ni les pervers, ni les épileptiques, encore que ces troubles ne soient pas des motifs de refus absolus.

Nous rencontrons donc des instables, des caractériels, des retardés intellectuels et scolaires. L'Institut n'admet que les Déficiants Intellectuels légers et moyens avec troubles associés... (à l'exclusion formelle des déficits sensoriels et moteurs), les Retardés Scolaires.

Dans un chapitre précédent, il a été question de la préférence accordée à la dénomination Institut Médico-Pédagogique de Mirecourt plutôt qu'à celle de "Service" Médico-Pédagogique de Ravenel, car il nous semble que deux mots peuvent impressionner défavorablement les éventuels entrants et aussi les pensionnaires eux-mêmes : "Service" qui laisse entendre que nous sommes un des Pavillons de l'Hôpital et surtout le mot "Ravenel" qui évoque trop, pour beaucoup, l'Asile, ce qui détermine chez quelques parents une certaine réticence, voire une opposition à placer leurs enfants. C'est l'inconvénient majeur inhérent à l'annexion des Instituts Médico-Pédagogiques aux Hôpitaux psychiatriques bien que ces derniers aient apporté quelques avantages matériels.

Au regard de l'opinion publique, le fait que l'Institut dépende de l'Hôpital, représente un grave désavantage, en raison des préjugés défavorables qui règnent encore contre ces Etablissements. Les parents hésitent à envoyer leurs enfants "chez les fous".

Même dans un Institut isolé de l'Hôpital, le fait qu'il soit annexé à celui-ci va dévaloriser les enfants.

Mais heureusement, nous nous rendons compte, lors des Consultations d'Hygiène Mentale, que les préjugés s'estompent lentement et la cadence d'admission ne se ralentit pas.

Nous avons tracé 4 graphiques exprimant les caractéristiques de notre population d'enfants.

Fig. 1.

Nombre d'enfants présents au 4.5.72 en fonction de l'âge.

On note 2 pics :

- le premier à 13 ans : la chute correspond au départ d'enfants que les parents désirent placer en C.E.T.

- le second à 16 ans : correspond, bien entendu, à la fin de la scolarité obligatoire et la mise au travail.

Fig. 4.

Ce graphique ne peut nous surprendre, puisque nous savons que l'Institut ne prend, dans la majorité des cas, que des enfants débiles légers, dont le Q.I. est, comme nous le voyons, de 75.

Nombre
d'enfants

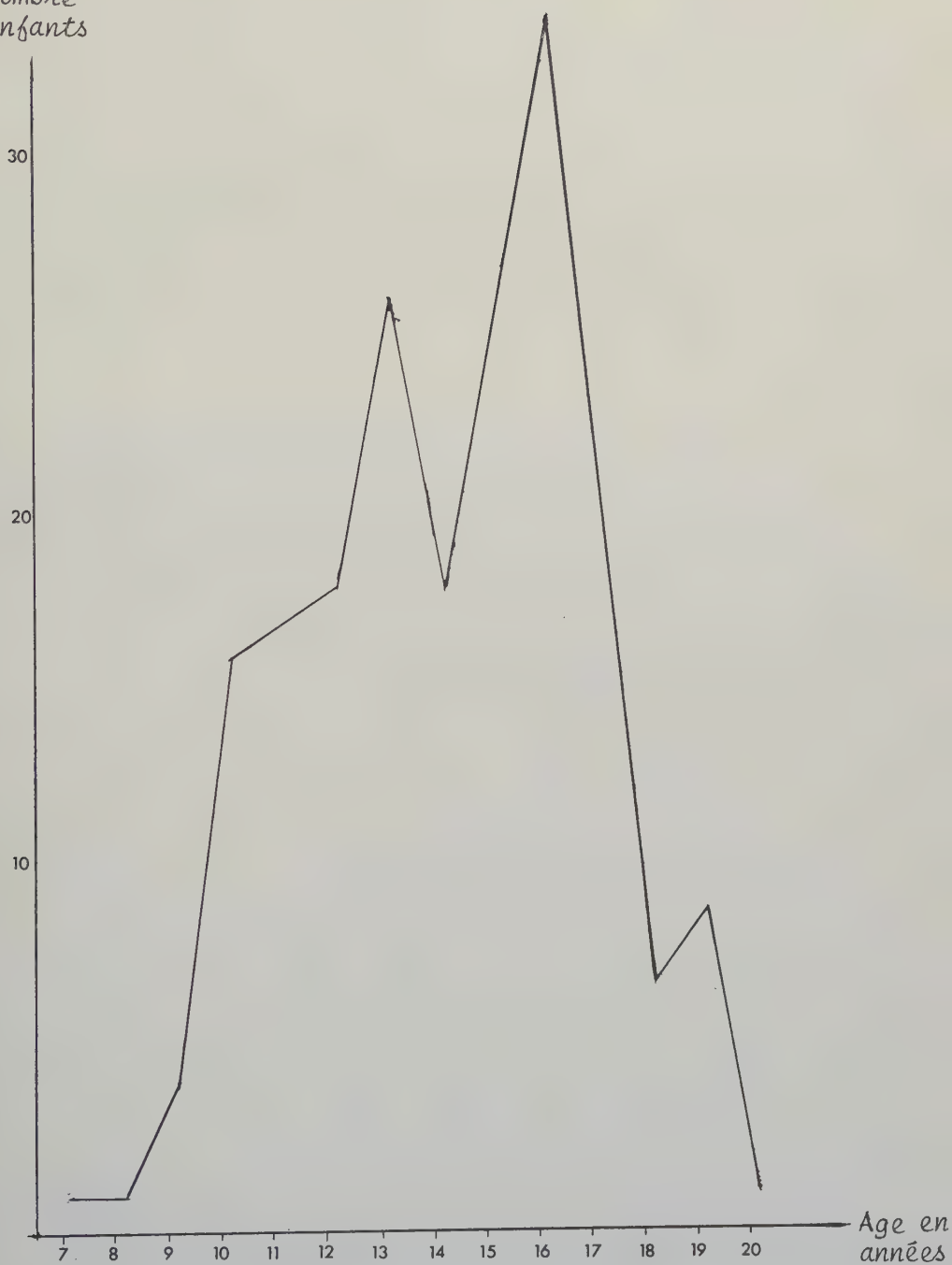


FIG. 1

Nombre d'enfants, en fonction de l'age, au 4.5.72,
pour la totalité du service

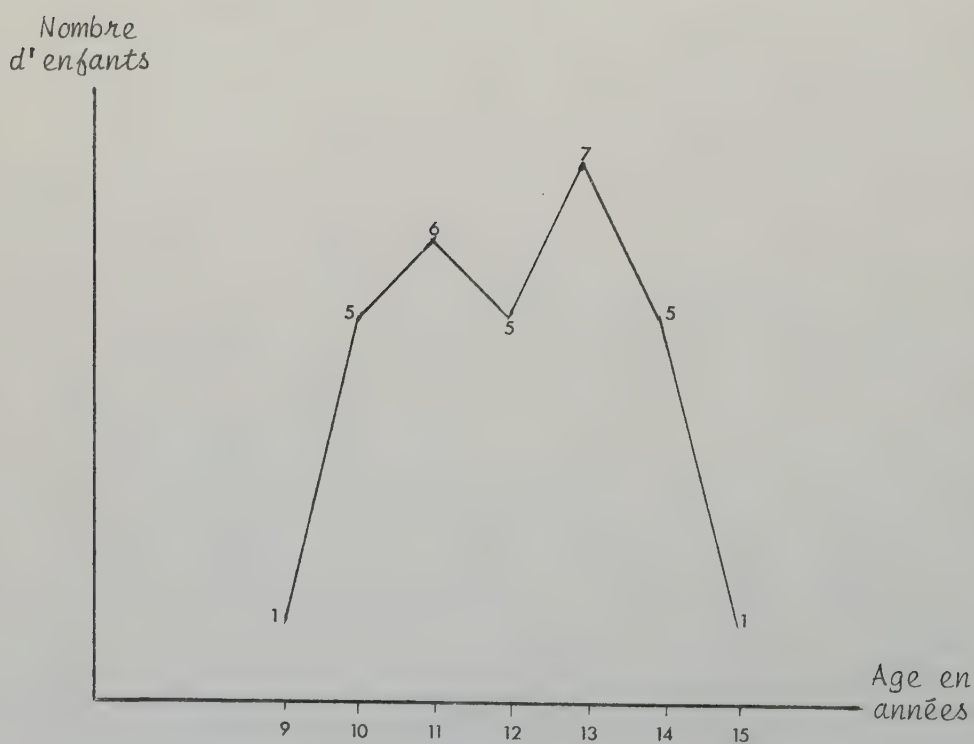


FIG. 2

Filles - Répartition, par âge, des filles présentes au 4.5.72
PAVILLON B.

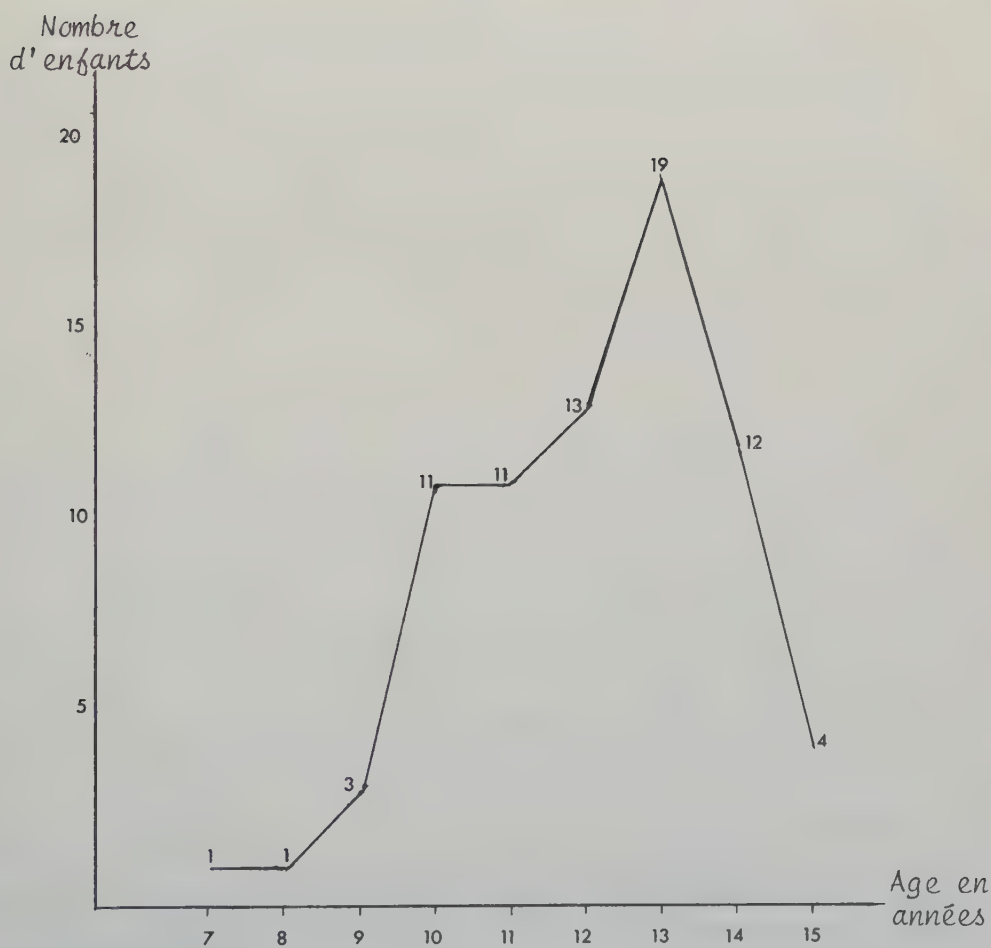


FIG. 3

Répartition, par âge, des garçons présents au 4.5.72
PAVILLON B.

Nombre
d'enfants

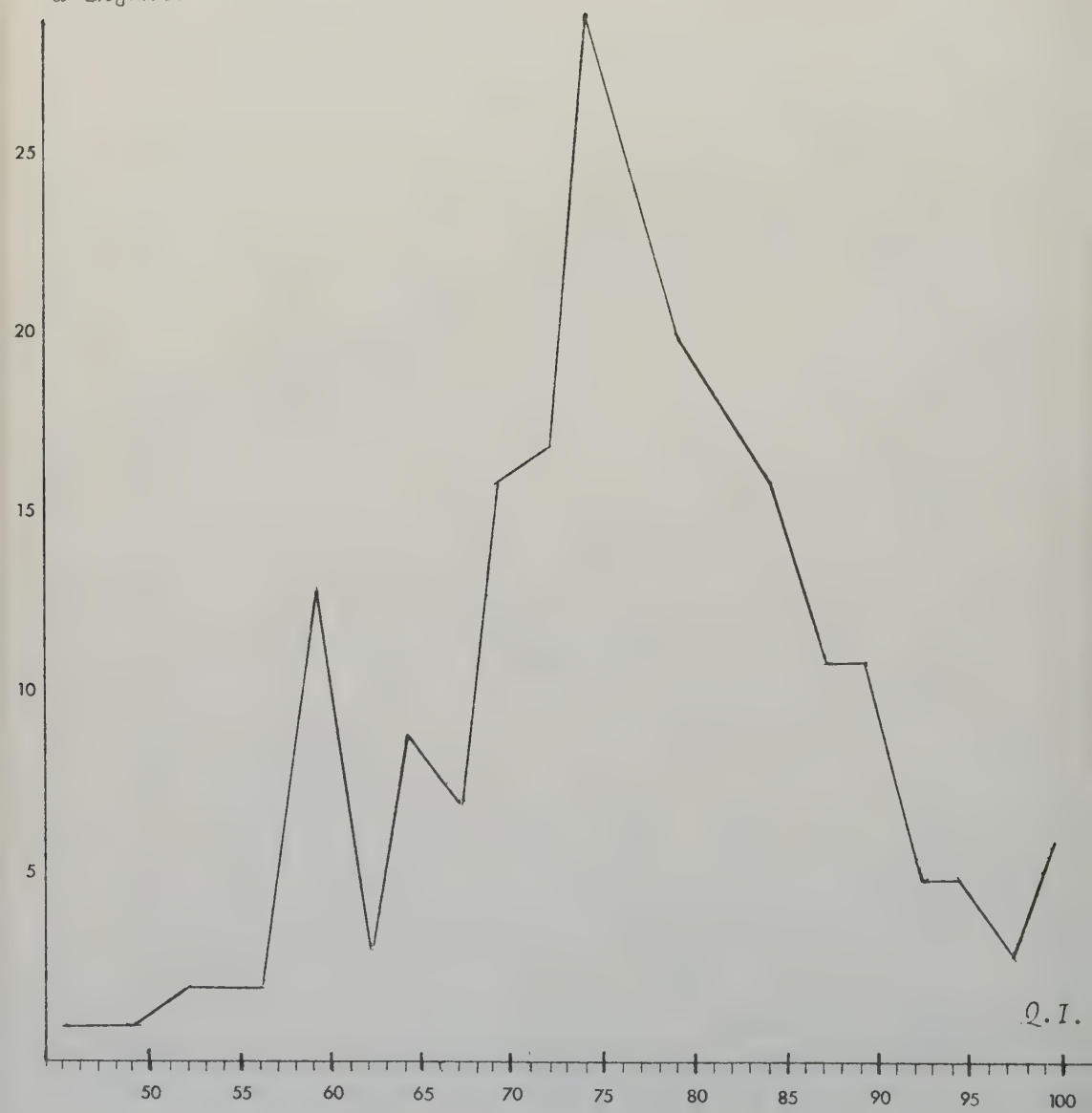


FIG. 4

Répartition des enfants en fonction de leur Q.I.

LES ACTIVITES DE L'INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

Elles sont nombreuses et très variées. Comme nous le mentionnons ci-dessus, nous favorisons et développons au maximum les contacts avec le monde extérieur, autrement dit nous multiplions les occasions de contacts avec le milieu social dans lequel l'enfant, l'adolescent va "chuter" à sa sortie de l'Institut. Tous nos efforts doivent tendre à préparer cette réinsertion dans un milieu qui est, sinon hostile, du moins peu hospitalier, car très "stressant".

Les activités peuvent être divisées en deux groupes :

- 1 - Activités professionnelles destinées à enseigner un métier aux adolescents.
- 2 - Activités sportives ou de loisirs.

Activités professionnelles : Ateliers

- 1) Atelier de développement manuel dans lequel passent tous les adolescents pour observation de leur goût, aptitudes et possibilités avant d'être orientés vers les Ateliers.
- 2) Coiffure : 5 ou 6 adolescents y sont inscrits et peuvent se présenter au C.A.P. de coiffeur.
- 3) Horticulture : 11 Adolescents le fréquentent sous la direction du chef jardinier de l'Hôpital. A leur sortie, ils peuvent parfaire leur connaissance dans une école de F.P.A.(Dijon).

- 4) Menuiserie : 10 Adolescents qui à leur sortie vont dans un centre de F.P.A. où ils peuvent obtenir le C.A.P.
- 5) Maçonnerie : 10 ou 12 Adolescents qui vont aussi en F.P.A. à leur sortie.
- 6) Peinture : 15 Adolescents. Iront aussi en F.P.A. si la profession les intéresse.
- 7) Boucherie et Cuisine : Les adolescents ont la possibilité de fréquenter la boucherie ou la cuisine de l'Hôpital qui s'occupe de nourrir 1800 pensionnaires.
- 8) Electricité : 2 Adolescents dans les ateliers de l'Hôpital.
- 9) Serrurerie : Atelier de l'Hôpital.
- 10) Soudure : Un accord a été passé avec un Industriel de la Région, industrie de récupération de métaux ferreux, chez lequel les adolescents sont transportés chaque jour par car, les ateliers étant à 6 km de Mirecourt. On y trouve des postes de soudure, de fonderie de l'aluminium et du travail du fer. Cet atelier les astreint surtout à savoir respecter un emploi du temps. En outre ils travaillent au contact d'ouvriers normaux qui leur sont un exemple de la cadence de travail à respecter, cadence réduite pour nos adolescents, bien entendu.
- 11) Cordonnerie : 5 Adolescents.

Sports et Loisirs - Clubs -

Ces activités sont libres et, s'y inscrivent, ceux qui le désirent.

- Photographie : technique de prise de vue, de développement, d'agrandissement.

- Club d'Actualités : passages de documents actuels, club des sciences, etc...
- Club d'Aéromodélisme : participation à des concours régionaux et nationaux.
- Modelage : terre
- Club de marionnettes et théâtre
- Club d'Histoire et d'Archéologie.
- Club de Mécano
- Club de Danses Folkloriques et de Danses en général
- Club de Ping-Pong : participation à tous les Tournois.
- Cinéclub
- Club de Pétanque : participation au Challenge départemental
- Club de Folklore : étude des Folklores régionaux
- Club Bibliothèque

Centre d'Activités Sportives :

- en relation avec l'Association de la jeunesse ouvrière et rurale (A.V.S.O.R.) (J.O.R.)
- Cross U.F.O.L.E.P. et J.O.R.
- Hand-ball : 2 équipes en compétition fédérale (chaque année 1er dimanche de mai tournoi départemental).
- Athlétisme : Challenge
- Session du Brevet Sportif populaire chaque année.
- Natation : Chaque semaine à Vittel
- Stand de Tir à l'Arc.

Activités d'été :

Gérardmer : camping itinérant, natation

Soulosse : archéologie, promenades

Initiation au Kayak

Ormans : Spéléologie

Chaudeney et Pierre-la-Treiche (initiation à la Spéléologie pour les débutants).

Enfin, citons encore les projections de documents, les abonnements à des revues et l'existence d'une bonne discothèque.

MOTIFS D'ADMISSION

Les motifs d'admission se confondent avec ceux qui conditionnent l'inadaptation.

Ils sont multiples : facteurs prénataux, facteurs à la naissance, facteurs post-nataux ceci pour les facteurs somatiques. On doit y ajouter les facteurs Psycho-sociaux.

Il ne saurait être question de développer ces différents chapitres. Nous nous bornerons à un rappel très bref des différentes causes d'inadaptation envisagées, pour l'Institut Médico-Pédagogique, par le Dr LANG, médecin-chef du S.M.P., dans sa thèse en 1956.

1) Les dissociations familiales :

Il semble que ce soit l'une des causes principales d'inadaptation et un facteur d'aggravation chez un sujet dont la personnalité est fragile. Même dans des familles apparemment unies, bien souvent les qualités éducatives des parents sont loin d'être satisfaisantes.

2) Habitat :

Il y a une "certaine corrélation entre taudis et délinquance", mais on ne peut considérer "le taudis comme facteur prépondérant de délinquance".

En ce qui concerne nos enfants, nous trouvons ce facteur dans 10 % des cas environ, "ce qui est certainement inférieur à la réalité".

3) Alcoolisme :

Si l'alcool entre pour HEUYER dans 50 % des cas d'inadaptation, nous ne pouvons tirer de conclusions valables pour l'I.M.P., en raison de l'imprécision des renseignements concernant les familles, les enquêtes sociales n'ayant pas discriminé le degré d'alcoolisme. On a seulement noté le cas où les manifestations mentales de l'alcoolisme entraînaient l'hospitalisation ou l'internement. Ainsi on relève 58 cas sur 252 dossiers d'enfants.

4) Héritéité :

L'insuffisance des renseignements des dossiers médicaux et sociaux, d'autant plus difficiles à obtenir que le milieu est dissocié, ne nous permet pas de tirer des conclusions. Mais ce facteur jouerait dans 1/3 des cas d'après MEIGNANT.

Multiplicité et intrication des différents facteurs psychosociaux et somatiques. Ils vont non seulement se superposer mais se réunir. Il est difficile de savoir si tel facteur, pouvant être incriminé, est cause ou conséquence.

"C'est surtout la structure de la personnalité qui détermine le degré de sensibilité au milieu".

La Fratrie est intéressante à considérer en tant que facteur social, car elle se trouve souvent associée à l'éthylisme, la débilité, le taudis, l'amoralité du milieu.

Mais, en conclusion, nous dirons qu' "avant d'être des débiles, ce sont des cas sociaux".

Ainsi que nous le soulignons ci-dessus, l'Internat est un milieu anormal. Reconnu tel, il doit demeurer l'exception.

Le médecin se doit d'avoir pour principe de "maintenir l'enfant dans son milieu familial et dans son milieu scolaire habituels, chaque fois que c'est possible du point de vue médical et du point de vue social".

"Comme corollaire à ce principe, donner la préférence, sauf indication contraire (cas les plus difficiles, les plus aigus) aux traitements pratiqués dans les Centres de cure ambulatoire et dans les Centres à séjour partiel (Hôpital de jour, Externat Médico-Pédagogique et Médico-Professionnel). Le développement et l'augmentation du nombre de ces Centres qui sont appelés à couvrir la majorité des besoins doit donc revêtir un caractère prioritaire".

L'ENQUETE

LE BUT :

Que ce 25ème anniversaire de l'ouverture de l'Institut Médico-Pédagogique soit l'occasion d'un regard en arrière et celle de dresser un bilan de son activité. C'est en sorte "l'heure de vérité" et le moment de nous demander si notre action est utile et, sinon, quels changements, quelles améliorations apporter pour que nos efforts profitent davantage au but de notre entreprise.

Comme nous l'avons déjà indiqué, notre étude portera sur le devenir des enfants après leur sortie de notre Etablissement. Ces enfants qui nous ont été confiés, les avons-nous suffisamment nantis pour réussir, pour peut-être hélas, se défendre le cas échéant ; sommes-nous parvenus à combler en partie, le déficit vital qu'ils présentaient à l'entrée, nos structures sont-elles adaptées à les traiter, quelles transformations, quelles réformes devons-nous entreprendre pour éviter les échecs constatés. Autant de questions auxquelles ce travail va tenter d'apporter leur réponse.

LES LIMITES :

Il ne pouvait être question d'enquêter sur tous les enfants ayant fréquenté l'Etablissement depuis ces vingt-cinq dernières années, aussi, nous sommes-nous limités à une période assez représentative de l'ensemble.

Comme dans tout service qui se crée, les débuts sont marqués par des hésitations, des mises au point, des améliorations progressives, ce qui a été le cas de l'I.M.P., aussi les dossiers consultés, correspondant au début de la décade étudiée, ne sont-ils pas aussi fournis en renseignements que les dossiers actuels.

Malgré l'insuffisance des renseignements portés dans ceux-là, il nous a fallu considérer une période assez éloignée de l'époque de notre travail, afin d'avoir un recul suffisant pour que, ceux qui étaient encore des adolescents à ce moment, soient présentement des adultes.

Aussi avons-nous retenu une décade allant du 1.1.1958 au 31.12.1967 ce qui nous donne une population dont l'âge va de 19 à 29 ans environ.

LE CHOIX des CAS :

Nous ne pouvions retenir tous les individus de cette population pour l'enquête, leur nombre étant de 533. D'autant que ces sujets étaient d'origines géographiques très variées. En effet, à l'ouverture de l'Institut Médico-Pédagogique, il nous avait fallu, pour fonctionner valablement, recruter en dehors du département des Vosges. C'est ainsi qu'un très grand nombre d'enfants, originaires du département de la Seine, nous étaient adressés par l'Office Public d'Hygiène Sociale de ce département (O.P.H.S.), d'une part ; d'autre part, bon nombre d'autres, originaire

des Vosges, nous avaient été confiés par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.D.A.S.S.).

Nous avons délibérément, tout au moins presque systématiquement, écarté ces sujets de notre enquête : nous verrons qu'en général on perd toute trace de leur vie, à leur majorité.

De plus, pour les O.P.H.S., à l'ancienneté, il fallait ajouter la distance qui diminuait nos chances d'avoir une réponse au questionnaire.

Nous n'avons donc retenu, en principe, que les enfants des Vosges, et des départements limitrophes, ayant de plus une certaine ancienneté dans le service.

Sur un nombre total de 533 pensionnaires sortis au cours de ces dix années, nous en avons retenu 410 (51 filles et 359 garçons) auxquels nous avons adressé le questionnaire. Nous avons, malgré tout, pris un petit nombre d'enfants de la D.D.A.S.S. soit 31.

METHODES D'ENQUETE :

Il y avait deux façons de procéder :

- Aller au domicile de chacun de nos anciens pensionnaires mais cela aurait exigé un nombreux personnel et plusieurs mois de travail. Car, les résultats nous l'ont enseigné, les intéressés avaient souvent changé plusieurs fois de domicile. Cette méthode d'enquête peut être retenue pour parfaire certains dossiers dans un deuxième temps, lorsqu'on possède l'adresse exacte de l'ancien pensionnaire, encore y-a-t-il certaines restrictions à émettre en ce qui concerne l'opportunité d'une visite à domicile, celle-ci n'est pas toujours souhaitée. En ce qui nous concerne, nous ne sommes jamais allés au domicile des gens intéressés.

- La seconde façon de pratiquer est le courrier postal : c'est cette dernière possibilité que nous avons choisie. Mais elle aussi possède ses inconvénients, beaucoup plus importants peut-être que les précédents.

LA CORRESPONDANCE :

Dans un 1er temps, nous avons adressé un questionnaire à 308 des personnes.

Puis quelques mois après, dans un 2ème temps, nous avons procédé à l'envoi d'un second questionnaire, différent dans sa forme du 1er, à quelques-uns des destinataires qui, tout en ayant reçu notre 1ère lettre, n'y avaient point répondu soit 58 et à 44 autres choisis parmi les 200 qui n'avaient point été contactés la 1ère fois.

Quelle était la qualité du destinataire par rapport à nos anciens pensionnaires :

- Parents : père, mère, frère, soeur, oncle, tante
- Gardiens, nourrices, tuteurs
- Direction départementale de l'action Sanitaire et Sociale.

Aucune des lettres n'a été adressée nommément au pensionnaire.

En outre, lorsque des parents ne pouvaient ou refusaient de nous donner des renseignements sur leur fils, nous donnant son adresse, nous avons évité toute correspondance avec l'intéressé lorsqu'il était marié.

Nous avons observé le même principe, de façon peut-être plus absolue encore, en ce qui concerne les filles.

des Vosges, nous avaient été confiés par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.D.A.S.S.).

Nous avons délibérément, tout au moins presque systématiquement, écarté ces sujets de notre enquête : nous verrons qu'en général on perd toute trace de leur vie, à leur majorité.

De plus, pour les O.P.H.S., à l'ancienneté, il fallait ajouter la distance qui diminuait nos chances d'avoir une réponse au questionnaire.

Nous n'avons donc retenu, en principe, que les enfants des Vosges, et des départements limitrophes, ayant de plus une certaine ancienneté dans le service.

Sur un nombre total de 533 pensionnaires sortis au cours de ces dix années, nous en avons retenu 410 (51 filles et 359 garçons) auxquels nous avons adressé le questionnaire. Nous avons, malgré tout, pris un petit nombre d'enfants de la D.D.A.S.S. soit 31.

METHODES D'ENQUETE :

Il y avait deux façons de procéder :

- Aller au domicile de chacun de nos anciens pensionnaires mais cela aurait exigé un nombreux personnel et plusieurs mois de travail. Car, les résultats nous l'ont enseigné, les intéressés avaient souvent changé plusieurs fois de domicile. Cette méthode d'enquête peut être retenue pour parfaire certains dossiers dans un deuxième temps, lorsqu'on possède l'adresse exacte de l'ancien pensionnaire, encore y-a-t-il certaines restrictions à émettre en ce qui concerne l'opportunité d'une visite à domicile, celle-ci n'est pas toujours souhaitée. En ce qui nous concerne, nous ne sommes jamais allés au domicile des gens intéressés.

- La seconde façon de pratiquer est le courrier postal : c'est cette dernière possibilité que nous avons choisie. Mais elle aussi possède ses inconvénients, beaucoup plus importants peut-être que les précédents.

LA CORRESPONDANCE :

Dans un 1er temps, nous avons adressé un questionnaire à 308 des personnes.

Puis quelques mois après, dans un 2ème temps, nous avons procédé à l'envoi d'un second questionnaire, différent dans sa forme du 1er, à quelques-uns des destinataires qui, tout en ayant reçu notre 1ère lettre, n'y avaient point répondu soit 58 et à 44 autres choisis parmi les 200 qui n'avaient point été contactés la 1ère fois.

Quelle était la qualité du destinataire par rapport à nos anciens pensionnaires :

- Parents : père, mère, frère, soeur, oncle, tante
- Gardiens, nourrices, tuteurs
- Direction départementale de l'action Sanitaire et Sociale.

Aucune des lettres n'a été adressée nommément au pensionnaire.

En outre, lorsque des parents ne pouvaient ou refusaient de nous donner des renseignements sur leur fils, nous donnant son adresse, nous avons évité toute correspondance avec l'intéressé lorsqu'il était marié.

Nous avons observé le même principe, de façon peut-être plus absolue encore, en ce qui concerne les filles.

Textes des lettres et questionnaires :

Nous reproduisons en fig. 5, 6 et 7 les lettres et questionnaires de la première correspondance et en fig. 8 et 9 ceux adressés quelques mois après.

Nous avons libellé un autre formulaire pour la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, qui ne présente pas d'intérêt particulier.

Les Réponses :

L'envoi de notre premier courrier a donné, sur 308 lettres :

- Réponses : 161 soit 50 %
- Non-réponses : 93 soit 31 %
- "Rebuts" : 54 soit 17 %
- Réponses exploitables : 150

Les "Rebuts" sont constitués par tous les "retours à l'expéditeur" : le destinataire n'habitant plus à l'adresse indiquée.

Les destinataires ayant reçu leur lettre et n'y ayant point répondu forment la catégorie des "Non-réponses".

Enfin, toutes les "Réponses" n'étaient pas exploitables, certains destinataires ayant perdu toute trace de notre ancien pensionnaire et nous en avisant tout simplement.

FIGURE 5

I N S T I T U T
MEDICO - PEDAGOGIQUE
de
M I R E C O U R T
:-:-:-:-
Docteur Fr. LANG

Mirecourt, le

Madame, Monsieur,

Si je me permets de m'adresser à vous c'est dans le but de solliciter votre aide afin d'établir des statistiques concernant les activités de l'Institut Médico-Pédagogique depuis 1967.

Votre enfant a fréquenté notre Etablissement durant quelques temps et vous nous rendriez grand service en acceptant de répondre le plus précisément possible au questionnaire ci-joint.

Vous comprendrez certainement l'importance de ce questionnaire. De l'abondance de vos réponses dépendra le succès de notre enquête. Bien entendu nous vous garantissons que cette demande est strictement confidentielle et restera anonyme, étant donné que je serai le seul à en prendre connaissance.

Avec mes remerciements, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

P.J. Questionnaire et enveloppe timbrée pour réponse.

N.B. - Une réponse rapide nous obligerait.

FIGURE 6

I N S T I T U T
MEDICO - PEDAGOGIQUE
de
M I R E C O U R T

Q U E S T I O N N A I R E

au Service ? a-t-il reçu un apprentissage

Lequel ?

Quel métier exerce-t-il actuellement ?

En a-t-il exercé d'autres :

Lesquels ?

Pouvez-vous nous fournir d'autres renseignements à son sujet, concernant l'évolution de son comportement et de sa santé depuis sa sortie de l'I.M.P. (service militaire, mariage, hospitalisation, etc...)

En résumé, quels sont les événements ayant marqué sa vie depuis sa sortie de notre institut ?

Eventuellement accepteriez-vous, vous ou votre enfant, d'avoir un entretien avec moi ? OUI NON

Votre enfant demeure-t-il encore avec vous, sinon veuillez avoir l'obligeance de me communiquer son adresse

FIGURE 7

I N S T I T U T
MEDICO - PEDAGOGIQUE
de .
M I R E C O U R T
-:-:-:-

Docteur Fr. LANG

Q U E S T I O N N A I R E

- Votre fille exerce t-elle un métier actuellement ?
Lequel ?
- En a-t-elle exercé d'autres ?
Lesquels ?
- Pouvez-vous nous fournir d'autres renseignements à son sujet, concernant l'évolution de son comportement et de sa santé depuis sa sortie de l'I.M.P. ? (Mariage, Hospitalisation, etc...)
- Eventuellement, accepteriez-vous, vous ou votre fille d'avoir un entretien avec moi ? OUI NON
- Votre fille demeure-t-elle encore avec vous sinon veuillez avoir l'obligeance de me communiquer son adresse.

FIGURE 8

I N S T I T U T
MEDICO - PEDAGOGIQUE
de
M I R E C O U R T
-:-:-:-

Mirecourt, le 10 Mai 1972

Docteur Fr. LANG

Madame, Monsieur,

Il y a quelques mois, je vous adressais une demande de renseignements, que nous désirions utiliser à des fins statistiques, concernant les activités de l'Institut Médico-Pédagogique. Hélas ! vous ne m'avez pas répondu. Peut-être est-ce un simple oubli de votre part, que vous pouvez réparer en répondant dès demain au questionnaire qu'accompagne cette lettre.

Cela tient au fait que
a fréquenté durant quelque temps notre établissement que je vous pose ces questions, et que je vous serais infiniment reconnaissant d'y répondre aussi complètement que possible, et surtout de me retourner votre réponse cette semaine ou la semaine prochaine au plus tard tout devant être terminé dans la semaine du 23 au 26 Mai.

De l'abondance et de la précision des réponses dépendra le succès de notre enquête. Cette demande reste strictement confidentielle et anonyme.

Avec mes remerciements, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

P.S. Questionnaire et enveloppe timbrée à nous retourner.

FIGURE 9

I N S T I T U T
MEDICO - PEDAGOGIQUE
de
M I R E C O U R T

- 1) Quel métier *exerce-t-il actuellement ?*
- 2) *En a-t-il exercé d'autres avant celui-là ?*
Si oui, lesquels ?
- 3) *A-t-il fait son service Militaire ?*
- 4) *Est-il marié :*
- 5) *A-t-il été hospitalisé :*
- 6) *s'est-il bien adapté à la vie extérieure :*
- 7) *Ou, au contraire, a-t-il rencontré des échecs, à sa sortie du S.M.P. Lesquels :*

Dans notre deuxième enquête, nous trouvons :

- Nombre de lettres envoyées : 102

Nombre de Réponses : 59 soit 58 %

Nombre de Réponses exploitables : 52

Nombre de "Rebuts" : 16 soit 16 %

Nombre de "Non-Réponses" : 27 soit 27 %

Analyse des réponses :

- Les "Rebuts" -

Lors du premier courrier: 54/308 soit 17 % ;
et de notre deuxième enquête, nous sont revenus 16 rebuts,
soit 16 %.

Le pourcentage important, compte tenu que les destinataires étaient tous originaires des Vosges ou presque, justifie que nous ayons éliminé les enfants de départements étrangers. Les déplacements, les migrations étant, à notre ère, d'une facilité extrême grâce aux moyens de transports aisés et rapides d'une part, d'autre part les exigences industrielles en main-d'oeuvre, les reconversions d'entreprise, les transplantations d'usine, provoquent les mouvements de la population extrêmement fréquents. Il serait intéressant, à ce propos, de connaître la durée moyenne de séjour d'une famille à un même domicile.

Pourtant, certaines de ces lettres avaient suivi le destinataire dans ses deux ou trois domiciles successifs, mais en vain.

- Les "Non-Réponses" -

Ce qui suit ne représente, bien entendu, que des hypothèses dont certaines ont qualité de certitude, le dépouillement de l'enquête nous le révélera.

Tout d'abord, nous pensons que l'une des raisons majeures à ce silence est le besoin de mettre fin à une période considérée comme pénible. Cette séparation quasi-obligatoire, est bien souvent un sérieux Psychotraumatisme familial : ce n'est pas de gaieté de coeur que l'on se sépare d'un enfant, même s'il perturbait le milieu domestique ; cette séparation est vécue comme une amputation.

Mais alors, par notre sondage, rouvrir cette plaie à peine cicatrisée devrait indisposer la victime contre son auteur, et c'est l'une des causes de deux réponses agressives (observations 14 et 37).

Certains enfants sont placés dans notre établissement par décision du Juge des enfants. Cette mesure de retrait ou simplement la menace d'user de ce moyen pour placer l'enfant en I.M.P. indispose la famille et l'Institut Médico-Pédagogique sera considéré comme le grand coupable de cette frustration.

L'étude de la "Correspondance avec les familles" dans nos dossiers est très édifiante. Elle nous a révélé qu'il y avait eu certaines difficultés, certains heurts entre les familles et l'Institut, notamment en ce qui concerne l'acceptation de la discipline ou du règlement intérieurs de l'Etablissement. Citons par exemple :

- Refus de permission : pour notes insuffisantes, conduite intolérable.

- Vacances prolongées sans autorisation donnant lieu à des menaces d'exclusion, etc...

Peut-être ces différends ont-ils laissé une certaine amertume.

Lorsque les parents nous ont confié ces enfants difficiles, véritables "enfants-problème", nous avons peut-être donné un espoir d'amélioration et là, comme dans d'autres domaines, l'échec n'est pas toléré. Et, tout naturellement, nous en avons eu ; ce que l'on ne nous pardonne pas. Devons-nous y voir une autre raison aux "non-réponses" de l'enquête ? Probablement.

D'autres fois les parents donnent, par correspondance, des "conseils éducatifs", allant à l'encontre de nos méthodes, ce courrier ne sera pas distribué, de même en sens inverse, les propos fabulateurs figurant dans la correspondance adressée aux parents. Toutes raisons qui indisposeront ex-pensionnaires et parents, à l'avenir, dans leurs rapports avec le Service.

N'oublions pas la simple négligence et l'indifférence à l'enquête.

D'autres ne comprennent pas le sens de notre démarche, et craignent la réouverture du dossier de l'ex-pensionnaire ; en ce cas le silence les rassure.

Pensons encore à l'analphabétisme des uns et aussi, pourquoi pas, puisqu'il n'est point de petits profits, la récupération d'un timbre, les questionnaires ayant chacun une enveloppe timbrée pour la réponse.

Il y a aussi les lettres égarées ; et, quand nous aurons évoqué les ruptures parents-enfants, si anciennes parfois quand arrive notre missive, que les parents ont perdu toute trace de l'adolescent et ne peuvent utilement nous renseigner, nous en aurons terminé avec l'étude des hypothèses.

Quoi qu'il en soit, il semble que l'Internat ait été mal vécu par la plupart des "non-réponses" et que notre sondage soit ressenti le plus souvent comme une intrusion dans leur vie privée.

Pour expliquer certaines des réactions que nous venons de décrire, il nous faut aussi tenir compte du type social du destinataire. En général, le niveau tant social qu'intellectuel est bas et médiocre.

Dans la grande majorité des cas, les parents, eux aussi, sont des déficients intellectuels. Pour en être convaincu, il n'est que de lire la "correspondance" dans les dossiers ! Dans notre première enquête, nous n'avons peut-être pas assez tenu compte de ce caractère, c'est pourquoi le formulaire du deuxième questionnaire est plus simple.

- Les Réponses -

Elles n'appellent guère de commentaires, sinon que certaines sont inexploitable, car, comme nous le disions précédemment, certains correspondants ne peuvent donner aucun renseignement. Ils ont perdu toute trace de leur enfant et dans nombre de cas, cela les arrange, pensant peut-être que "les enfants sont des soucis certains et des réconforts incertains".

Au nombre des réponses, nous rangeons celles de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale : Et pourtant, combien sont à inclure dans les réponses inexploitable ! car, comme nous l'avons souligné ci-dessus, les Services préfectoraux perdent pratiquement tout contact avec leurs pupilles à leur majorité. Ce service, que nous remercions ici de son dévouement et de sa serviabilité, nous a donné, dans la mesure du possible et parfois de l'impossible, les adresses des gardiens, tuteurs ou nourrices mais bien souvent, soit que ces personnes aient disparu, soit qu'elles-mêmes aient perdu toute trace de leurs protégés, les réponses sont ainsi inexploitable.

CRITIQUE du QUESTIONNAIRE :

Nous avons émis l'hypothèse que certaines familles n'avaient pas répondu parce que notre questionnaire était peut-être mal rédigé ou mal adapté au niveau du correspondant.

C'est dans cette optique que nous avons, quelques mois plus tard, adressé un deuxième questionnaire, qui nous paraissait plus simple, et peut-être plus précis. Nous désirions aussi compléter le premier et apporter une confirmation à certaines hypothèses dont on a parlé précédemment dans les "non-réponses".

Néanmoins, au dépouillement de cette seconde démarche, nous avons encore relevé certaines imperfections.

Voyons rapidement les différents éléments composant notre courrier.

La lettre définissant notre démarche : elle est plus destinée aux parents qu'aux tuteurs ou nourrices : il n'était pas possible de tenir compte de la qualité de chacun des destinataires. Toutefois dans notre deuxième envoi, cette lettre d'introduction s'adresse aussi bien aux parents "légitimes" qu'aux parents "adoptifs", mais elle est plus froide, plus administrative que la première.

Le questionnaire de la Fig. 6 n'est pas assez détaillé. En effet, l'usage a prouvé que le paragraphe : *"Pouvez-vous nous fournir d'autres renseignements à son sujet, concernant l'évolution de son comportement et de sa santé depuis sa sortie de l'I.M.P. (Service Militaire, mariage, hospitalisation, etc...)"*, aurait dû faire l'objet de questions séparées.

A de rares exceptions`près, les gens ne nous ont pas parlé du comportement de leur enfant. Cette question était-elle ressentie comme une indiscretion supplémentaire, ou les réticences étaient-elles dûes à un comportement qui s'était hélas ! dégradé ?

Par ailleurs, beaucoup de ceux qui répondaient à ce paragraphe, rayaient les mots ne leur convenant pas, pensons-nous, sans répondre par oui ou par non, exemple : *service militaire*, ~~*mariage*~~, *hospitalisation*, etc... Avait-il accompli son service militaire, était-il hospitalisé et pourquoi.

Par ce mot "*hospitalisation*" sans autre précision, nous désirions provoquer la confiance d'une hospitalisation en Hôpital Psychiatrique, si tel était le cas. A vrai dire, peu y ont répondu.

A la question suivante : "*Eventuellement... un entretien avec moi ? OUI - NON*",

pratiquement tous les destinataires ont pensé que nous exigeons d'eux le déplacement jusqu'à notre Service, alors que nous pensions nous déplacer jusqu'à leur domicile d'où beaucoup de "*NON*" qui n'étaient en fait que des : "*NON...*, mais si je pouvais me déplacer, j'accepterais volontiers un entretien avec vous", certains l'ayant dit en clair.

A la dernière question : "*Votre enfant demeure-t-il encore... son adresse*", nombre de personnes ont répondu par l'affirmative, et s'en sont tenues là sans donner cette adresse. Qu'attendaient-elles pour le faire ? La question est-elle ambiguë ?

En résumé, nous pensons que ce questionnaire aurait dû présenter des demandes concises, simples, adaptées au niveau social de l'intéressé. Cela pour la forme.

Quant au fond, il présente de graves inconvénients : celui d'être un questionnaire impersonnel, sans chaleur, s'imposant brutalement aux intéressés. Pour obtenir certains renseignements, rien ne remplace le contact humain, la souplesse de la parole : nous aurions désiré poser une question très délicate concernant l'adaptation sociale du sujet, nous aurions voulu savoir s'il avait eu maille à partir avec certains services répressifs, s'il y avait eu délinquance, etc... Mais comment poser cette question sans heurter les susceptibilités ? Aussi l'avons-nous évité, escomptant que, dans la confiance, on se libérerait spontanément de ces ennuis, ce que certains ont fait.

En conclusion, malgré nos efforts pour l'éviter, cette enquête représente une "intrusion dans la vie privée" des gens, et nous aurions, de beaucoup, préféré avoir des contacts plus chaleureux. Comme nous le verrons, elle n'a pas été inutile et nous a appris beaucoup.

LE DEPOUILLEMENT DE L'ENQUETE

Etudier une quantité importante de paramètres nous eut-il plus renseigné sur le devenir des enfants que quelques-uns, choisis parmi les plus importants ?

Notre souci : savoir si le sujet avait réussi à s'adapter à cette Société qui lui paraissait hostile quelques années avant, nécessitait-il un véritable interrogatoire ? Nous ne le pensons pas. Aussi, comme le lecteur a pu s'en rendre compte, le questionnaire ne comportait-il que quelques questions succinctes, insuffisantes, à notre avis, comme critères d'adaptation.

Il était, d'autre part, intéressant de savoir pourquoi dans certains cas, l'application des méthodes thérapeutiques et éducatives du service avait été couronnée de succès ou au contraire n'avait point rencontré de point d'impact chez le sujet et s'était soldé par un échec.

Aussi, devons-nous étudier une importante quantité de facteurs que nous a livré l'étude détaillée de chaque dossier. Celui-ci contient plusieurs fascicules que nous citerons :

- 1 - Correspondance avec la famille.
- 2 - Dossier professionnel.
- 3 - Dossier médical.
- 4 - Réunion de synthèse.
- 5 - Dossier social.
- 6 - Correspondance officielle.
- 7 - Dossier psychologique.
- 8 - Dossier scolaire.
- 9 - Rapport d'observation des Educateurs.

Chaque fascicule a été étudié en détail et nous avons tenté de reconstituer le profil psychologique de l'enfant. En outre nous avons tenté de dégager de cette étude un pronostic d'avenir. C'est, en effet, à partir de ces éléments du dossier que l'on devrait pouvoir fonder une conjecture sur les chances de réussite ou d'échec lorsque le sujet sera inséré, à nouveau, dans la société.

Ce n'est pas l'essentiel de notre travail, qui ne poursuit pas ce but mais se borne tout simplement à dresser un bilan de l'activité du Service.

Nous avons tenté de visualiser ces résultats dans une série de tableaux où nous étudions les paramètres caractérisant un sujet.

LEGENDE DES TABLEAUX

La première colonne donne le numéro de classement de l'observation.

La colonne "Apprentissage" indique l'atelier fréquenté par l'adolescent.

La colonne "fin d'apprentissage" indique l'orientation que l'on a conseillée à l'individu à la sortie du S.M.P.

Dans la colonne "observations générales en cours de séjour" des signes figurent dans deux sous-colonnes pour caractériser, dans l'ordre le comportement et le travail.

Les signes peuvent être interprétés, pour cette colonne, et la suivante, par :

+ : satisfaisant.

+₂ : passable.

- : médiocre, déplorable.

Dans la colonne "métier au jour de l'enquête", une croix (+) signifie que le sujet travaille, le signe (-) qu'il n'a pas de travail. Lorsqu'il a un métier en rapport avec celui de l'apprentissage, nous l'indiquons en toute lettre.

La colonne "stabilité dans l'emploi", indique par un chiffre le nombre total de métiers essayés à ce jour par le sujet.

Si le Service Militaire est effectué, nous l'indiquons par (+)

Si le sujet ne l'a pas fait ou a été réformé par (-).

Il en est de même pour le mariage :

(+) indique que la personne est mariée.

(-) indique qu'elle est célibataire.

Dans la colonne "observation générale sur le travail et le comportement depuis la sortie":

(+) signifie que le comportement et l'adaptation à la vie extérieure sont satisfaisants ou très satisfaisants (++) ; en cas d'inadaptation, de difficultés, nous l'exprimons par (-).

Ces tableaux ont été élaborés à l'aide des données relevées d'une part dans les dossiers, d'autre part, fournies par les réponses à l'enquête.

Ils peuvent sembler, par endroits, incomplets : ceci est dû aux réponses, en partie, inexploitables. Certains parents, ayant perdu toute trace de leurs enfants, mais recevant, malgré tout, des informations par des amis, ont pu succinctement, répondre au questionnaire.

Nous avons essayé d'exploiter le maximum de ce qui pouvait l'être, et nous en avons dégagé les données suivantes.

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Enquête	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fon d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Mariage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des Antécédents au S.M.P.
9	22	15	18	76			CP	CE 1	Plâtrier	F P A	CT	+	+	2	-			+	
12	20	10	14	58							+	+							
14	25	15	18	80			CP	CE 2	Peintre		+	+	+			+		+	
15	24	12	14	80			CP	CE 2			+	+	+	2	+	+		+	
16	21	13	15	90			CE 2	CM 1			+	+	+						
18	25	12	19	95	Délinq.		CP	CE 1	Cuisin.	Placé aide cui.	+	+	+	8	-		Prison	-	
76	25	15	19	84			CE 2		Hortic.	Cultiv.	+	-	+						
21	30	12	20	86			EM	CE 1	Hortic.	S. M.	+	+			+	+			
27	21	12	16	79			CE 1	CE 2	Menuis.		+	+	+	4	-			+	
17	23	8	14	76			EM	CE 1			+	+	+	1	+	+		+	
28	20	9	14	88							+	+	+	1	-			+	
78	23	13	15	91	EEG + vols		CM 2	CEP ad.			-	+	+	2	+	+		C A P	
44	28	14	19	100	Fugues		CM 1	CM 2	Menuis.		-	+	+		+	+		-	
80	29	15	17	80			CE 2	CE 2			+	+	+		+	+		+	
29	26	16	20	86			CM 2	CEP ad.	Coiff.	C A P	++	+	Coiff.	1	+	+		+	

GARÇONS

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Délinquance	Enuresie	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fin d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Mariage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés au S.M.P.
32	23	13	15	70				CE 1				CT	+	+	+	-	-			
34	26	16	19	97			+	CE 2		Coiff.		+	+	Coiff.	1	+	+	+	+	
72	25	15	19	75						Peint.	F P A	+	+	Peint.	1	+	+	+	CAP 1er	
36	23	9	16	91	Inadapt			CE 2	CEP ad			+	+	+	1	+	+	+	+	
81	30	18	19	Norm.				CFE	CEP ext	Menuis.	F P A	+	+	+	3	+	+	+	+	
37	23	13	17	101	Vols			CE 2				+	-	+						Mécontent
23	23	11	16	83				CP	CEP ad			+	+	+	2	+	+	+	+	Satisfait
25	26	16	19	80	Vols					Hortic.		+	+	+	1	+	+	+	+	
104	28	17	18	80	Vols			CM 1		Menuis.	Fugue	+	+	+	1	+	+	+	+	
106	23	12	16	93				CE 2	CEP ad	Menuis.		+	+	+	2	-	-	-	+	Satisfait
107	22	9	18	75				EM	CE 2	Peint.	F P A	+	+	+	1				+	
108	25	14	14		Epilept						Fugue	+	+	+	2	-	-	-		Satisfait
109	26	7	18	70				EM	CE 1	Hortic.	Hortic.	+	+	+	1	-			-	
110	15	7	12	60			+	EM	CP		I.M.P.	+	+	+						
111	25	13	18	113				CE 2	CEP ad	Hortic.		+	+	+	1		+	+		

GARÇONS

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Enrêlée	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fin d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Marriage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés sur le séjour au S.M.P.
112	24	13	18	75			CP	CP	Coiffeur	Coiffeur	C T	+	Coiff.	1	-	-		+	Satisfait
113	22	12	19	73			CP	CE 2	Cord.			+	+	1	-	-		+	
115	15	8	9	68		+	EM					+	+	1					
116	19	13	15	80			CM 2	CEP ad			++	+	+	1				+	Très satisfait
117	24	14	17	105			CFE	CEP		C A P	++	++	+	1	+	-		Brevet prof.	Satisfait
118	26	16	20	67			CE 1	CE 1	Multiples		++	++	+	1	-	-			Mécontent
119	20	9	17	69			CP	CE 1	Multiples		++	+	Décédé	par	noyade accidentelle				
120	23	14	15	75		+	CP		Coiffeur		+	+	+	2	-	-			Mécontent
121	22	10	14	85			CE 1	CE 2					+	2		-		Médiocre	
122	24	16	19	77			CM 1		Menuis.				+		+	-			
123	18	7	10	75			CP	CE 1				++	+	1					
124	25	14	16	105		+	CM 2				+	+	+	2	-	-			
125	24	14	20	80		+	CM 2	CFE		C A P	+	+	+	2	-	+			
126	25	13	17	72			CM 1	CEP	Coiffeur			++	++	Coiff.	1	+	+	+	Très satisfait
39	24	8	20	64	T.C.C. graves		EM	CP	Hortic.		++	++	+	4					

GARÇONS

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Enquête	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fon d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Matrriage	Délinquance	Observations générales sur le comportement depuis la sortie	Appréciations des antécédents au S.M.P.
127	23	10	14	68			EM	CE 1		Inst. Aveugles home % liberté	CT	+	-	0				Interne H.P.	
129	15	8	11	77			CP	CE 1			+	+	+	4				+	
130	21	8	16	94				CEP ad			+	+	+	1					
131	21	15	18	64			CE 1	CE 2	Peint.		+	+	+	1					
132	22	12	14	93	Epilept.		CP	CM 1			+	+	+	1					
134	19	9	11	88			CP	CE 2			+	+	+	1				+	
135	25	16	16	72			CE 2		Menuis.		+	+	+	5				+	
136	22	14	18	81					Jard.		++	+	+	1				+	
137	27	17	19	88			CM 2	CEP ad	Cord.		+	+	+	3				+	
138	22	15	18	83			CM 1	CEP ad	Cord.	F P A	+	+	+	3				+	
139	25	13	13								+	+	+	2				+	
140	23	10	17	96			CE 1	CEP ad	Vann.	F P A	+	-	+	2				+	
141	22	11	14	94			CE 1	CEP			+	+	+	2					
142	18	14	15	82		+			Maçon		+	+	+	1					
143	19	11	13	60		+	EM				+	+	+	1				Impro.	

Satisfait

Vols

GARÇONS

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles psychiques	Délinquance	Enrêlée	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fin d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Mariage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés sur le séjour au S.M.P.
40	23	16	19	80				CM 1	CEP ad.		F P A	CT + - + -	+ lent	+	1	-				
144	20	8	14	63				CP	CE 1			++ + -	+ -	-	1	-			+	
145	21	15	18	80	Fugues					Menuis.	F P A	++ + -	+	+	1	+				
148	21	12	16	98			+		CEP ad.	Boucher	chez bouch.	++ + -	+	+	1	+				
149	20	14	16	82				CM 1	CFE			++ + -	+	+						
151	24	13	17	111				CM 2	CEP	Peint.	F P A	++ + -	+	+	1	+	+		+	
152	18	12	15	75				CE 1	CE 2	Maçon		++ + -	+	+	1	+			+	Satisfait
153	20	11	14	85				CE 1	CM 1			++ + -	+	+	2	+			+	
154	15	9	10	69				CP				++ + -	+	-	0	+			-	Satisfait
156	21	11	16	91				CP	CEP ad			++ + -	+	+	2	+				
41	23	12	18	83			+	CE 1	CE 2	Coiffeur		++ + -	+	+	1	+			Prison à l'armée	
157	20	7	15	72				EM	CE 1	Vann.		++ + -	+ -	+	1	+	+			
158	24	13	17	85				CE 1	CE 1	Coiffeur		++ + -	+	+	1	+	+			
160	27	16	18	100	Vols		+	CM 1		Maçon		++ + -	+ -	+	4				Vols - Prison	
162	24	14	16	95				CM 2	CM 2			++ + -	+	+	1	+				

GARÇONS

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Délinquance	Enrêlée	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fon d'apprentissage	Observations général en	Cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Mariage	Délinquance	Observations général sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés sur le séjour au S.M.P.
163	25	15	15		Fugues			CE 1	CEP ad		F P A	CT	CT	+	+	2	+				
165	19	14	15	78					CEP ad	Horticul. Boucher	CAP bouch.	++	++	+	+	2					
166	22	12	19	80	Vol			CP	CE 1			+	+	+	+	1	+				
167	22	10	12	70			+	CE 1	CP			+	+	+	+	2	+				
168	20	12	14	85				CE 2				+	+	+	+	1				+	
170	22	10	11	91				CE 1	CE 2			+	+	+	+	1				+	
171	27	17	17	80	Fugues			CE 1		Menuis.		+	+	-	+	1	+				
172	19	11	16	75				CE 1	CE 2	Cord.		+	+	+	+	1					
173	24	16	18	69				CE 1		Horticul.		+	+	+	+	2	+			+	
174	27	15	18	87				CE 2	CM 2	Menuis.		+	+	+	+	2	+			+	
176	23	9	13	70	Stigm. dégéné.			CP	CE 2			+	+	+	Décès	par	suicide	à 20 ans		+	
177	24	12	18	74				CE 1	CP	Peint.	F P A	+	+	+	Peint. + Bois	i				+	
178	23	12	17	80					CEP ad	Menuis.	F P A	+	++	+	Bois		+				
180	20	8	11	67				EM	CE 2			+	+	+	Q.I.	Peint.	3			+	
181	23	15	20	72			+	CM 2	CEP ad	Menuis. Serr.	F P A	++	++	+		1	-				

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Enrêlée	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fin d'apprentissage	Observations généralles en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Marriage	Délinquance	Observations généralles sur le comportement depuis la sortie	Mécontent	Appréciations des intéressés sur le séjour au S.M.P.
182	17	10	14	90			CE 2	CEP			CT ++	+	C.E.T.	1						
183	22	12	14	87			CP	CE 2			++	+	O.S.	2		-				
185	20	10	14	62			CP	CE 1			+	+	Q.I.	3						
186	21	14	17	108				BEPC		C E T	+	+	+	1		+				
187	26	13	16	75			CE 1	CE 1	Cord.		+	+	+	2						
188	24	14	17	81	Vols Fugues		CE 2	CE 1			-	+								
189	18	11	14	75			CE 1	CE 2	Maçon		+	+	Q.I.	1		+				
190	25	15	17	80	Vols Fugues		CP		Coiff.		+	-	+	2		+				
191	20	9	15	66	Névrose		EM	CP	Peint.		+	-	+	1		+				
193	21	14	18	86			CM 1		3 atel.	P P A	+	+	+	1		+				
194	23	7	14	66			EM	CP			+	+	+	1		+				
195	20	14	17	83			CE 2	CEP ad	Menuis.		+	+	+	1		+				
197	25	15	19	68			CP		Menuis. Peint.		+	+	+	3		-				
198	19	9	11	64			EM	CE 1			+	-	man.	1						
199	21	12	14	85			CE 2	CM 1			+	+	+	1						

Cure en H.P.

Satisfait

Mécontent

CAP échec

+

+

+

+

Appréciations
des intéressés
sur le séjour
au S.M.P.

GARÇONS

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Enquête	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fun d'apprentissage	Observations général en cours de séjour	Promote à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Mariage	Délinquance	Observations général et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés sur le séjour au S.M.P.
202	21	16	18	60					Maçon	F P A	CT	+ Q.I.	+	1	+	+		+	
203	25	12	14	78	Délits		CM 1	CEP	Menuis.		+	+	+	1	+	+		+	Satisfait
204	23	14	18	70					Peint.		+	+	+	1	-	-			
205	23	10	11	60			CP	CE 1			+	+ Q.I.	Plâtr.	1	-				
206	26	16	19	72			CE 1	CE 1	Cord.		++	+	+	1	-	-	+		
207	24	14	15	65					Menuis.		+	+	+	1					
208	24	13	16	85			CE 2	CEP ad			+	+	+	2		+			
209	23	11	17	80	Vols		CE 1	CM 2	Boucher Vann.		-	-	+	3		Prison	-		
44	26	14	19	100	Vols Fugues		CM 1	CM 2			-	-	-	0		Vols	-		
43-79	23	11	16	98			CP	CM 2		F P A	-	+	+	1			CAP 1er	+	
210	18	9	14	83			CP	CE 1	Coiffeur		+	+	+	3			-		Indifférent
211	21	12	14	101			CM 1	CM 1			+	+	+	3			+		
212	21	14	17	85			CFE			F P A	++	+	+	1	+		+		
213	18	10	11	78			CP	CE 1			+	+	+	3					
214	21	9	18	72	Vols		CP	CE 1	Menuis.		-	+	+	2					

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Enquête	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fon d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Marriage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés sur le séjour au S.M.P.
215	17	8	9	47			CM 1				CT	-	-	0	+			-	Mécontent
216	28	17	18	69			CE 1		Menuis.		+	-	+	2	+				Mécontent
217	25	14	18	60			CE 1		Coiffeur Hortic.		+	-	+	2					Mécontent
218	18	11	15	74	Névrose		CE 1		Cord.		-	+	+	1				+	Mécontent
219	18	8	15	83			CP		Cord.		+	+	+	2	+			+	Mécontent
220	24	12	14	73			EM				+	+	-					-	Mécontent
221	24	13	19	80			CE 1		Menuis.		-	+	+	1				+	Mécontent
222	27	13	17	70			CM 1		Peint. Vann.		+	+	+	1				+	Mécontent
223	25	14	16	60	Pré-Psych. Fugues		CE 2		Peint.		+	+	+	1				+	Mécontent
225	25	15	17	61			CP		Vann.		+	-	+	1				+	Mécontent
226	21	11	18	72			EM		Boucher		+	+	+	1				+	Mécontent
227	18	8	12	45			EM				+	-	Impro.						Mécontent
228	29	16	17				CE 1				+	-	-	0					Mécontent
229	22	14	16	80			CE 2		Horticul.		-	-	-	0			Prison	H. P.	Mécontent
230	25	14	17	80			CE 1		Peint.	F P A	+	+	Peint.	1	+	+		+	Satisfait

GARÇONS

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Délinquance	Enquête	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fin d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Marriage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Satisfait des interventions au S.M.P.
232	26	15	16	73			+	CE 1		Peint.		CT + -	+	+	1		-		H. P.	Satisfait
233	24	16	20	74					CEP ad			+	+	Coiff. +	1					
234	22	8	19	87			+	CP	CEP CAP	Coiffeur		++	+	+	1					
235	24	13	17	64	Convulm.			CE 1	CE 2	Menuis.		+	+	+	1	-				
236	21	12	14	68				CE 1	CE 2			+	+	+	1	+				
237	21	8	10	70				EM	CE 1			+	+	+	3	-	+		Impuls.	
238	27	16	18	80				CE 2	CM 1			+	+	+	2	+				Mécontent
239	21	14	17	75			+	CE 1	CFE	Horticul.		+	+	Menuis.	1	+	-			Satisfait
242	24	14	16	66				CE 1				+	-	Bois	1	-	-			
243	19	11	14	74				CE 1	CE 1			+	+	+	2	-			+	Satisfait
245	25	14	14	68						Vann.		+	+	Man.	2	-			+	
248	21	9	15	79						Peintre		+	-	+	5	-	-		+	Satisfait
48	Dossier manquant													-			-		+	
86	27	9	16	65				EM	CE 2	Vann.		+	-	+	3	+	-		+	
51	25	10	14	80				CP	CE 2			+	+	+	1	+	+		+	

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.1.	Troubles Psychiques	Délinquance	Enquête	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fm d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Mariage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés au S.M.P.
88	24	8	14	65				EM	CE 1	Coiffeur	C A P	CT	+ Q.I	+	3	-	-		+	Satisfait
50	32	17	20	90				CE 1	CE 2			+	+	Coiff.	1	-	-		+	Satisfait
49	31	14	17	70			+	CP	CE 1	Vann.		+	-	+	3	-	-		+	Satisfait
52	25	10	14	72				CP	CE 2			+	+	+	2	-	+		+	Satisfait
53	29	13	17	73				CE 1	CP	Coiffeur		+	+	Coiff.	1	+	+		+	Satisfait
55	28	10	14	77				CP	CM 2			+	+	+	1	+	+		+	Satisfait
56	27	10	14	70				EM	CE 1			++	+ Q.I	+	2	-	-		+	Satisfait
57		Dossier manquant												+	1	-	-		+	Satisfait
90	25	9	19	75				CP	CEPad	Serrur.	P P A	+	+	+	1	-	-		+	Mécontent
58	30	15	18	65				CE 1	CP	Peint.		+	+	+	3	+	+		+	Mécontent
62	25	9	14	80			+	CE 1	CM 1			+	+	+	1	+	+		+	Satisfait
64	25	9	13	80				CP	CM 1			++	+	+	10	+	-		+	Satisfait
65	32	12	19	75				CE 1	CEPad	Menuis.	P P A	+	+	-		+	-	Vois Prison		Mécontent
85	29	7	15	58				EM	CE 2			+	+	+	1	-	-		+	Satisfait
66	25	9	13	88				CP	CM 1			+	+	+	2	+	+		+	Satisfait

GARÇONS

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.1.	Troubles Psychiques	Enrôlé	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Apprentissage	Fon d'apprentissage	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Service militaire	Mariage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés au S.M.P. sur le séjour
99	25	8	18	60			EM	CP	Instab.		C T	+	+	3	1	1			
98	30	13	20	70			CE 1	CE 1	Cord.	S. M.	+	+	Chauss.	1	+	+			
97	28	11	17	90			CE 2	CFE	Menuis.		+	+	+	1	+	+			
70	25	9	14	70		+	CP	CE 1			+	-	-	0	-	-		Interne	
100	24	9	20	90			CE 1	CEP ad	Coiffeur		+	+	Coiff.	1	+	-			Satisfait
101	27	9	19	90			CP	CM 2	Menuis.		+	+	+	1	-	-			
102	29	12	20	76			CE 1	CM 2	Horticul.	S. M.	+	+	Hortic.	4	+	+		Evolution Schizophr. Cure H.P.	
73	24	13	14	74			CE 1	CE 1			+	+	+	1	+	+			
2	21	11	14	80			CE 1	CE 2			+	+	+	1	+	-			
74	28	7	18	70		+	EM	CE 1	Horticul.		+	+	+	2	-	-	Prison	CAP Maçon	Satisfait
4	29	15	18	72			CE 1	CE 2	Cord.		+	+	+	2	+	+			
5	24	11	18	80			CE 1	CE 2	Maçon		+	+	+	3	+	-			
38	26	16	19	77			CM 1		Menuis.		+	+	+	3	+	-			
6	24	11	18	94			CE 1	CE 2	Menuis.		-	-	-		+	-	Prison	- -	

FILLES

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Délinquance	Enrêlée	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Orientation à la sortie	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Mariage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés sur le séjour au S.M.P.
161	24	15	15	83				CE 1	CM 1	IMT	CT				+			
164	20	10	13	96				CE 1	CM 1	IMT	+	+					+	
169	19	11	14	81				CE 1	CM 1	IMT	+	+					CAP Collectivité	
175	20	11	13	73				CE 1	CE 1		+	+		2			+	Mécontente
179	22	10	13	80				CP	CE 1		+	+		2			+	Satisfaite
184	19	7	13	65				EM	CP		+	+	0	0			+	Satisfaite
192	20	9	11								+	+					En hospice	
196	19	13	16	56				CE 1		IMT	+	+	0		-		Comp. puéril	Indifférente
200	19	9	14	60				CP	CE 2	IMT	+	+	IMT					
201	20	10	13	80				CE 2	CM 1	IMT	+	+	+		+		+	
224	19	11	13	67				CP	CE 1	IMT	+	+	IMT				ouvrière	
231	19	8	9	89				CP			+	+	+				+	
240	20	10	11	85				CE 2	CE 2		+	+	+				+	
241	16	9	12	72	Tr. Epilept.			CE 1	CE 2		+	+						
244	17	10	13	63				CE 1	CE 2		+	+	O.S. +	1			+	Satisfaite

FILLES

Numéros	Age à l'enquête	Age à l'entrée au S.M.P.	Age à la sortie	Q.I.	Troubles Psychiques	Délinquance	Enurésie	Niveau scolaire à l'entrée	Niveau scolaire en fin de scolarité	Orientation à la sortie	Observations générales en cours de séjour	Pronostic à la sortie	Métier au jour de l'enquête	Stabilité dans le travail	Mariage	Délinquance	Observations générales sur le travail et le comportement depuis la sortie	Appréciations des intéressés sur le séjour au S.M.P.
249	23	10	14	75				CE 1	CE 2	IMT	C + U +	+	+	3	-	-	très instable Névrose	
8	19	8	11	98				CE 1	CM 1		+ +	+	+	1	-		+	
247	19	11	14	83				CE 1	CE 2	IMT	+ +	+					+	
31	20	9	14	57				CP	CE 2	IMT	+ +	+					+	
105	15	7	12	54			+	EM	CP	IMT	+ +	+	+	1			+	
114	21	12	14	76				CE 2	CM 1	IMT	+ +	+	+	1			+	
103	21	8	14	50				EM	CP		++ ++	++	0	0			En hospice	
128	17	8	14	56				EM	CE 2	IMT	+ +	-	+	1			+	
46	23	10	14	78				CE 2	CM 1		++ ++	++	+	1	+ Enf.		++	
133	19	8	10	68			+				++ ++	+	+	1	+ Enf.		++	
146	22	11	13	66				CP	CE 1		+ +	+	+	1	+		+	
147	21	8	14	71				EM	CP	IMT	+ +	+	0	0			+	
150	17	8	14	98				CP	CM 2	IMT	+ +	+			-		CAP employée de bureau	Satisfaite
155	26	13	14	80	Vois Fugues			CFE	CEP		+ +	+	+		+ Enf.		"Très heureuse"	
159	22	10	15	47				CP	CP		+ +	+	0	0			En Hospice	Satisfaite

- L E S O B S E R V A T I O N S -

Nous reproduisons, ci-après, quelques-unes des observations les plus significatives ; nous les avons choisies parce qu'elles reflètent assez exactement toutes les autres, à quelques exceptions près. Dans certains cas, illustrant certaines de nos remarques, quant au niveau intellectuel de l'interlocuteur, nous reproduisons fidèlement, littéralement, le texte de la réponse, respectant ainsi l'orthographe et la syntaxe.

Observation n° 116

Philippe B..., entre à l'I.M.P. à 13 ans,
y séjourne 2 ans.

Diagnostic : Retard scolaire, instabilité psycho-motrice.

Q.I. = 80.

A été reçu au C.E.P. session adultes à 15 ans, pendant son séjour.

Bon comportement pendant celui-ci ; pronostic favorable à la sortie.

Sa mère nous répond :

"J'ai été satisfaite du séjour que mon fils a fait à l'I.M.P. car il a déjà eu son C.E.P. et j'ai même regretté de l'avoir retiré, car il aurait peut-être eu son C.A.P." (menuisier).

Donc influence favorable du changement de climat, d'atmosphère sur les troubles du comportement.

Observation n° 120

René B..., entre à 14 ans, séjourne 4 mois.

Diagnostic : Retard moteur et du langage, prématuré, encéphalite à 5 semaines. Enurétique.

Présente des troubles du caractère et du comportement

Q.I. = 75.

Bon comportement au service, mais n'y est demeuré que 4 mois
Placé en atelier de coiffure.

La mère nous écrit :

"....un questionnaire ne peut guère résoudre ce sujet, il y a trop de cas....

"....(a été) soudeur à l'arc, six mois au cours desquels il a perdu en santé les progrès de plusieurs années, surtout cause "des bruit des coups sur la ferraille et le rendement exigé".

Comme nous le disons, un entretien est préférable, quand on peut le pratiquer, à une lettre.

Nous avons confirmation des possibilités limitées de ces sujets assez fragiles.

Observation n° 125

Daniel C..., est resté 6 ans 3 mois dans le Service.

Diagnostic : Entre à 14 ans pour troubles du caractère et du comportement, instabilité, impulsions et débilité mentale légère.

Enurétique jusqu'à sa sortie, qui a lieu à 20 ans

Comportement excellent durant son séjour.

A fréquenté assidûment et avec satisfaction l'atelier de coiffure et a obtenu son C.A.P. à 20 ans.

Q.I. = 80.

A abandonné son métier de coiffeur pour devenir agent de service dans un C.E.T.

"....n'a pas continué son métier de coiffeur trop bas salaire : 40.000 francs par mois (en 1970).

Bien des sujets de son niveau social, de sa catégorie se font ainsi exploiter par des patrons sans scrupules.

Observation n° 126

Michel CH...., entre à 13 ans et séjourne 4 ans 8 mois.

Diagnostic : Troubles mineurs du caractère et du comportement, débilité mentale.

Q.I. = 72.

Obtient le C.E.P. à 14 ans et son C.A.P. de coiffeur à 17 ans.

Comportement satisfaisant au service.

"Nous ne pouvons que faire des éloges de l'I.M.P. de Mirecourt, pour les résultats obtenus..."
nous écrivent les parents.

Donc témoignage de satisfaction.

Observation n° 132

Roger CL...., entre à 12 ans et séjourne 1 an 10 mois.

Diagnostic : Troubles du caractère et du comportement, instabilité, épileptoïdie.

Q.I. = 93.

Très bon comportement au service.

"....Il faut croire que cela lui a bien réussi, puisqu'après avoir fait son Service Militaire, il est maintenant à l'Européenne des Brasseries comme chef de service de fabrication".

On ne peut que le féliciter de cette promotion.

Observation n° 141

Jean-Pierre D..., entre à 11 ans et reste 2 ans 10 mois.

Diagnostic : il présente un comportement impulsif, avec un niveau normal.

Q.I. = 94.

Est énurétique jusqu'à 10 ans.

Obtient avec succès le C.E.P. à 14 ans.

A la question : *"évolution de son comportement et de sa santé...."*, le père nous répond :

"....Idées de suicide, autrement comportement normal".

Encore heureux que l'on nous ait précisé la présence d'idées de suicide, sans quoi, nous le classions dans les normaux.

Jean-Pierre a fait de brefs séjours en H.P.

Observation n° 152

Guy FR..., entre à 12 ans et séjourne 3 ans.

Diagnostic : Instabilité, débilité mentale légère, impulsions, épileptoïdie.

Q.I. = 75.

La mère nous le retire "contre avis médical", alors que le comportement de l'enfant était très satisfaisant au Service.

Il est actuellement manoeuvre sur un chantier.

"....et nous sommes satisfaits du séjour qu'il a passé à l'I.M.P., car cela lui a fait le plus grand bien et nous tenons à remercier l'I.M.P. de ce qu'il a fait pour lui".

Autre témoignage de satisfaction.

Observation n° 154

Christian G..., entre à 9 ans et séjourne 10 mois.

Diagnostic : Instabilité, agitation, retard scolaire, sentiment d'infériorité.

Comportement au service : Satisfaisant, très bon.

"....J'ai été très satisfaite des soins que Christian a reçus à l'Institut. Je l'ai repris car sa famille lui manquait, il avait besoin du milieu affectueux dans lequel il vivait. Je l'ai regretté, car je n'ai plus trouvé de classes adaptées à son niveau et je me pose actuellement le problème angoissant de son avenir, c'est pourquoi je suis toute disposée à vous l'amener au jour que vous voudrez bien m'indiquer...."

Cette personne s'est méprise sur le sens de l'enquête. De plus, il semble qu'elle se soit hâtée de conclure à une guérison devant la sédation des troubles que présentait notre sujet.

Observation n° 174

Jean-Claude H..., entre à 15 ans, séjourne 3 ans
7 mois.

Diagnostic : Débilité mentale légère associée à des troubles
caractériels.

Commet des larcins.

Q.I. = 87.

Comportement au service : satisfaisant.

A fréquenté l'atelier de menuiserie.

*"....Son moniteur de menuiserie de l'I.M.P.
pourrait être satisfait du résultat de ses ensei-
gnements...."*

Ce témoignage nous flatte, mais on apprend
actuellement que ce jeune homme est boxeur professionnel et
se présente, dans sa catégorie, en Championnat de France
dans quelques mois.

Observation n° 176

René H..., entre à 9 ans, séjourne 4 ans 5 mois et
est repris par la famille alors qu'il
avait 13 ans 1/2.

Diagnostic : Débilité mentale moyenne ; retard scolaire et
du langage.

Physiquement porte des stigmates de dégénéres-
cence, bec-de-lièvre (parents et grands-parents al-
cooliques).

Q.I. = 70.

Comportement au Service : Satisfaisant.

Le 3 Juillet 1967 nous apprenons son décès
par noyade où "le suicide ne fait pas de doute", nous n'en
connaissions pas le motif. Quoi qu'il en soit, les germes de
cette morbidité psychopathique devaient déjà être présents,
alors qu'il était dans le service.

Observation 179 et 180

Annette J..., entre à 10 ans, séjourne 3 ans
10 mois.

Diagnostic : Débilité mentale légère, troubles du caractère
et du comportement, instabilité.

Q.I. = 80.

Elle a actuellement 24 ans et son adaptation est aussi satisfaisante dans son emploi que dans sa famille.

Yvan J..., son frère, entre à 8 ans et séjourne le
même laps de temps, soit 3 ans 10 mois.

Diagnostic : Débilité mentale importante, instabilité,
lenteur.

Q.I. = 67.

Comportement dans le Service : satisfaisant, mais le pronostic était fonction de sa lenteur.

Le frère et la soeur étaient en permission chez leurs parents à Noël, lesquels ont décidé de garder leurs enfants.

"Par la présente lettre, je me permets de vous écrire afin de vous remercier d'avoir une pensée du comportement de mes enfants, après si longtemps...."

Cette démarche n'aura pas été vaine et favorisera une future rencontre éventuelle.

Observation 182

Bernard K..., entre chez nous à 10 ans,
y séjourne 3 ans 9 mois.

Parents très unis, s'occupant sérieusement de leur enfant.

Diagnostic : Débilité mentale légère, retard scolaire, instabilité psychomotrice, retard moteur et bégaiement jusqu'à 7 ans.

Q.I. = 90.

A 14 ans, il obtient son C.E.P. au Service.

Son comportement, son travail sont très satisfaisants, le pronostic de sortie très favorable.

A sa sortie, il entre en C.E.T. où il obtient un C.A.P. de peintre-décorateur.

Les parents nous confient :

"....comportement normal pour un adolescent de 17 ans, mais semble complexé par son passage au S.M.P."

Indépendamment de la proximité de l'Hôpital Psychiatrique certains élèves peuvent se sentir dévalorisés du fait même de l'Internat.

Observation n° 184

Fernande L..., entre à 7 ans à l'I.M.P. et en sort à 13 ans.

Diagnostic : Retard moteur et du langage très important dans les premiers mois, débilité mentale moyenne.

Q.I. = 65.

Parents alcooliques et débiles.

A sa sortie, la fillette est adoptée par une famille parisienne.

Dans notre service, son comportement et son travail étaient satisfaisants, mais le pronostic était fonction de la débilité.

La mère adoptive nous retourne notre questionnaire, sur lequel on peut lire :

"Elle est toujours élève. Elle finit une classe de 2e secondaire dans un cours privé à P.... (cours du G..., 23 rue de T...) et va entrer dans une seconde technique (secrétaire, au C.E.T. de P....) Dyslexique au départ (quand je l'ai prise) elle a suivi des cours de rééducation de dyslexie (leçons particulières) avec Mme D... à P..., Institutrice au Collège de garçons, en retraite. Ne sachant ni lire, ni compter, ni écrire (bloquage affectif probablement, elle souffrait en effet d'être seule) elle a mis environ un an à assembler ses lettres. La difficulté était de lui trouver une classe. Or elle ne pouvait être qu'avec des débutants de 6 ans (cours élémentaire de V.... où j'habite). Ceci la rendait malheureuse. Je l'ai mise ensuite dans une 7^e à St.L.... où la difficulté était trop grande pour elle. On l'a mise ensuite dans un cours de fin d'Etudes et elle ne faisait pas ce que faisaient les autres. Finalement St.L.... n'a pas voulu la garder (caractérielle en plus). J'ai trouvé une école à H..... (école privée M...) où j'ai réussi à la faire entrer en 5^e en expliquant qu'elle était complexée vis-à-vis d'élèves plus jeunes. Pendant tout ce temps, elle rattrapait à la base (son écriture devenait ferme et régulière) Elle lisait presque couramment, son intelligence, son jugement se développaient ; elle a un don d'observation étonnant, une mémoire prodigieuse la plupart du temps. Je lui fais prendre des leçons de natation. Elle a obtenu les 4 diplômes de sauvetage ; elle prend des cours de danse classique et aime beaucoup cela, commence le piano. Elle ne pouvait pas extérioriser, lorsqu'elle était heureuse, elle ne pouvait pas le dire. Elle commence seulement maintenant à pouvoir le faire. J'ai eu beaucoup de mal à lui faire dire bonjour et bonsoir chaque jour. Evidemment il y a encore des coups durs. Elle peut dégager une atmosphère démoralisante, faire la tête pour un oui, pour un non, dire des choses désagréables et même menacer de partir, mais elle

revient la tête basse après une longue promenade avec le chien, calmée et l'air penaud.
Le reste du temps elle est parfaite, aime rendre de grands services dans la maison, est très fière lorsqu'elle réussit quelque chose, mais ceci n'est pas encore régulier. On ne peut pas l'empêcher de faire une chose qu'elle a décidé de faire. Elle est très têtue. Aime les bébés et les animaux. Je l'incite à faire du jardinage.

Cette observation nous prouve l'importance, en éducation, du facteur "affectivité" et il est probable que dans ce cas particulier, la carence affective au départ est responsable de cette soi-disant débilité qui est une fausse débilité, comme nous le démontrent les progrès constants réalisés par Fernande.

Observation n° 188

Serge L..., entré à 14 ans, séjourne 3 ans 5 mois, puis est repris par la famille.

Diagnostic : Troubles caractériels sévères, vols, opposition, amoralité.

Q.I. = 81.

Est passé dans plusieurs ateliers, se faisant renvoyer de temps à autre à cause de sa mauvaise conduite et de fugues.

Le pronostic n'était pas encourageant.

On nous dit :

"....Pour Serge, il est marié depuis trois ans. Donc il vous répondra lui-même...."

La personne nous transmet l'adresse de Serge L..., mais nous ne l'exploitons pas, selon notre principe. Il semble donc que Serge ait rompu avec ses parents qui ne sont au courant de rien, mais il semble, aussi, qu'il puisse vivre de façon autonome.

Observation n° 191

Maurice L..., entré à 9 ans, séjour 6 ans 2 mois
au S.M.P.

Diagnostic : Débilité mentale, instabilité, inadaptation,
état pré-névrotique.

Q.I. = 66.

Il fréquente l'atelier de peinture.

Le comportement, le travail laissent à désirer, le pronostic à la sortie n'est pas favorable.

Actuellement, il est maçon, le comportement et l'adaptation semblent bons.

*"....Mais enfant à caractère personnel et
marqué par son séjour à Mirecourt...."*

nous confient ses parents.

Il est certain qu'un aussi long séjour
d'internat doit laisser son empreinte sur la personnalité.

Observation n° 196

Aline M..., entre à 13 ans et séjourne 3 ans 5 mois.

Diagnostic : inhibition, émotivité, lenteur extrême, apathie.

Q.I. = 56.

Durant son séjour : comportement satisfaisant
travail médiocre.

Pronostic à la sortie, réservé car fonction du Q.I.

Elle a été placée dans un I.M.T.

Son comportement reste très puéril, l'adaptation à la vie
ordinaire très médiocre.

Sa soeur nous écrit :

"....Son comportement a nettement évolué depuis sa sortie de l'I.M.P. mais il y aurait encore un grand pas à faire pour arriver à un minimum...."

Il est bien certain qu'avec un tel niveau intellectuel, aussi bas, on ne peut augurer d'une heureuse évolution, ni réinsertion convenable au sein de notre Société.

Observation n° 197

Jean-Marie M..., entre à 15 ans, et séjourne 4 ans 2 mois à la suite desquels il est repris par la famille.

Diagnostic : Débilité mentale notable avec retard scolaire. Sévère retard moteur et du langage dans les deux premières années. Il est affecté à un atelier de menuiserie, puis, à cause de sa médiocrité dans un atelier de peinture.

En toute matière, Jean-Marie est demeuré médiocre, que ce soit dans son comportement, sa conduite au travail. Le pronostic à la sortie est donc défavorable.

Sa mère nous confie :

"....Jean-Marie est entré au centre, que cela lui a fait grand bien.... Ces jeunes sont quand même (dans ces centres) à l'abri de bien des aventures, ils sont tenus, et je remercie encore tout le personnel éducateur sympathique et compréhensif,.... mon fils garde un très bon souvenir de son passage au centre...."

Actuellement, il est employé de Ville. Ici encore, témoignage de satisfaction.

Observation n° 212

Christian P..., entre à 14 ans et séjourne 2 ans
10 mois.

Diagnostic : Débilité mentale légère, dyslexie, instabilité
psycho-motrice et impulsivité. Enurétique par inter-
mittences.

Q.I. = 85.

Les parents s'occupent beaucoup de lui et sont d'un bon
niveau.

A sa sortie, il est dirigé en F.P.A. "ajustage".

En Juin 1965, son père nous écrit :

"....nous avons décidé de retirer notre
fils Christian, malgré les progrès qu'il a fait
dans votre service. Il est devenu un enfant plus
calme et moins nerveux et j'espère qu'il conti-
nuera."

Puis, en Août, soit 2 mois plus tard :

"....après avoir longuement réfléchi,
nous avons décidé que....Christian sera encore
pour l'année scolaire 65-66 votre pensionnaire.
Nous espérons que cette année supplémentaire lui
permettra de passer avec succès son C.E.P.
Nous avons bon espoir qu'entre vos mains notre fils
ait les meilleures chances de réussite, c'est pour-
quoi nous vous le confions à nouveau...."

Hâte excessive de retrait, dès que des pro-
grès sont constatés. Un petit séjour en famille fait réap-
paraître en surface ces troubles que l'on croyait disparus,
aussi se hâte t-on, mais en sens inverse, de nous les réa-
dresser. Dans le cas ci-dessus, Christian fût reçu au C.E.P.
adultes.

Observation n° 218

Michel R..., entre dans le service à 11 ans et y séjourne 4 ans.

Diagnostic à l'entrée : retard affectif, état pré-névrotique
instabilité psycho-motrice.

Q.I. = 74.

Les parents sont très dégradés : père ; gros éthylique.
mère ; amoral, proxénète.

Durant son séjour, Michel aura un comportement lamentable, une conduite déplorable, le travail s'en ressentira et sera de qualité médiocre.

Quant au pronostic de sortie il est très réservé.

Nous avons adressé le questionnaire à la soeur qui s'occupait surtout de lui. Voici la réponse "in extenso" :

"Etant mariée depuis 5 ans et n'allant pas souvent chez mes parents, je ne peut pas s'avoir ce qu'il si passe. Tout ce que je sais c'est que mon frère Michel travail à l'établissement P... à U...

Je pense qu'il se comporte bien, je ne suis pas là pour le surveiller ?

Si vous vouler un entretien, vous avez qu'a vous déranger ?

Vous saurer que mes enfants, je les ais toujours avec moi car je suis très bien avec mon mari".

Comme nous le soulignons ci-dessus, un questionnaire ne peut remplacer, malgré tous les soins apportés à le rédiger, un entretien et peut, comme cette réponse nous le prouve, permettre des interprétations erronées, d'autant que, bien souvent, le destinataire présente une déficience intellectuelle.

Observation n° 227

Michel S..., entre à l'I.M.P. à 8 ans et y séjourne 4 ans pour être ensuite repris par sa famille.

Diagnostic : débilité mentale profonde, troubles du caractère et du comportement et une instabilité psychomotrice. Enurétique, gaucher, a présenté dans les premières années de la vie un important retard moteur et du langage.

Q.I. = 45.

Durant son séjour :

la conduite est satisfaisante,
le travail très médiocre

Le pronostic à la sortie était très défavorable.

Le père nous répond :

"Michel a été placé à Ravenel de 1960 à 1964 par l'école primaire qui ne nous a pas demandé notre avis. A cette époque, Michel n'a fait que régresser, car ce n'était pas l'atmosphère qui convenait à son tempérament. Pour d'autres on peut obtenir d'excellents résultats, j'en conviens mais pour lui, ça ne marchait pas. Bref, à 12 ans, il rentrait à la maison, plus renfermé qu'avant. Le Dr. P... a alors compris que l'internat lui avait fait du tort. Il a fallu lui réapprendre à s'intégrer au milieu familial. (ça a été très dur pour nous comme pour lui) et à la société.

Enfin, à la rentrée de 1969 nous l'avons placé en I.M.Pro. Alors tout a changé, Michel est le plus heureux des garçons. Il a déjà évolué 100 %.

Car, voyez-vous, je ne mets pas en doute vos moyens d'éducation employés, car je sais qu'ils sont très bons et que docteurs et éducateurs se dévouent vraiment à leur tâche avec une conscience formidable. Finalement, la conclusion des expériences malheureuses que nous avons faites avec Michel,

c'est que pour beaucoup d'enfants comme lui, il faudrait pouvoir concilier l'éducation spécialisée et la famille donc le semi-internat, mais, hélas, c'est difficile."

Les termes de cette lettre rejoignent une opinion émise dans nos conclusions.

Observation n° 248

Alain S..., entre à 9 ans, séjourne 6 mois puis est repris par la famille.

Il rentre à nouveau 9 mois plus tard, en début d'année scolaire, et séjourne alors 5 ans 6 mois.

Diagnostic : débilité mentale moyenne, instabilité psychomotrice, impulsion, inadaptation scolaire et familiale, tendance à l'exhibitionnisme.

Q.I. = 79.

Dans notre service : conduite plus ou moins tolérable, travail assez bon dans l'ensemble et pronostic d'avenir défavorable.

Voici la réponse du père :

"Je voudrais que vous soyez toujours au courant des activités de mon fils Alain, car c'est vraiment grâce à vous qu'Alain si il réussit d'avoir le métier de peintre.

Je voudrais que vous convoquiez de temps en temps, pour le moment il part bien, je lui donne toujours son traitement."

Par la suite, Alain a fait de nombreux séjours en H.P. pour inadaptation socio-professionnelle, mais aussi pour syndrome délirant. Comme nous le verrons dans nos conclusions, une analyse très fine des troubles présentés à l'entrée au S.M.P. aurait-elle pu nous faire pronostiquer cet avenir ? Et, partant, la thérapeutique aurait-elle modifié cet avenir ?

Observation n° 229

Charles S..., entre à 14 ans et séjourne chez nous deux ans.

Diagnostic : débilité mentale, troubles du comportement et du caractère, retard scolaire. Enurésie.

Q.I. = 80.

La conduite et le travail sont déplorables, aussi le pronostic de sortie est-il très sombre.

De fait, il s'adapte mal à la société et commet quantité d'actes répréhensibles, pour échouer à l'Hôpital psychiatrique, avec comme diagnostic : "désorganisation profonde de la personnalité, entrant dans le cadre du déséquilibre mental ou d'un border-line schizophrénique".

Il se rendra coupable de vols de voitures, d'attentats aux mœurs sur la personne de mineures. Déjà dans notre service, ses camarades le mettaient à l'index.

Lui aussi, aurait-il pu bénéficier d'une thérapeutique plus précoce ?

Observation n° 230

Jean-Paul entre à 14 ans et séjourne 3 ans dans le service.

Diagnostic : troubles caractériels, retard scolaire, réactions affectives.

Q.I._v = 80. Q.I._p = 100.

A sa sortie, il entre en F.P.A. section peinture, correspondant à l'atelier qu'il fréquentait chez nous.

Sa conduite et son travail laissaient à désirer.

Le pronostic lui-même n'était pas favorable, toutefois il avait une petite chance de réussir.

Lui-même nous répond :

"J'ai quitté le I.M.P. après 3 ans.

J'ai passé mon C.A.P. à G... de peintre avec la mention "très bien". J'ai fait mon service militaire dans l'aviation à A..., à mon retour, j'ai passé mon permis de conduire que j'ai réussi la deuxième fois. Je me suis marié le 11 Janvier 1967. Je n'ai pas d'enfant. Je travaille dans l'entretien dans une usine. J'ai aussi une petite patente de peintre, donc je me débrouille très bien. J'ai une 204, je n'ai jamais été malade.

Je pense souvent à ces trois ans qui ont marqué un moment de ma vie, de retour dans mon village j'ai eu longtemps des complexes vis-à-vis de mes camarades, c'est pourquoi j'ai voulu réussir, me tenir comme un homme. Je ne bois jamais de vin et je suis très patient.

Lorsque je parle de vous à maman, elle me répond toujours : "que serais-tu devenu sans eux ?" C'est donc à vous que je dois ce que je suis aujourd'hui, d'un gosse, vous avez fait un homme."

Observation n° 232

Daniel TH..., entre à 15 ans et ne reste que 5 mois

Ses parents le reprennent, la sécurité sociale ne voulant plus payer son séjour. Cet adolescent avait un métier avant son entrée dans notre service et avait été renvoyé pour son peu de rendement, conséquence de sa lenteur.

Diagnostic : débilité mentale, instabilité psycho-motrice, apathie, lenteur. Est énurétique.

Q.I. = 73.

Il fait plusieurs fugues durant son court séjour ; est placé en atelier de menuiserie.

Appréciations des éducateurs : conduite passable ;
travail médiocre.

aussi notre pronostic social est-il défavorable à la sortie.

Son père nous écrit :

"Je crois que son passage à l'I.M.P. lui a donné beaucoup à réfléchir. Depuis sa sortie, il est beaucoup plus stable, quoiqu'encore un peu impulsif à certains moments.

Je crois que le but que vous aviez recherché a été atteint et je vous en remercie."

Daniel a été placé en F.P.A. plâtrerie et est actuellement plâtrier qualifié dans une entreprise. Tout porte à penser qu'il puisse réussir.

Observation n° 235

Gérard T..., entre à 13 ans, sort à 17 ans.

Ascendance éthylique + +

Dès la première année de naissance on peut mal augurer de l'avenir, pied-bot, retard moteur et crises convulsives.

Il est gaucher.

Diagnostic à l'entrée : débilité mentale moyenne, retard scolaire, déficience profonde du jugement et du raisonnement, onychophagie, impulsivité.

Q.I. = 64.

Nous le dirigeons après une période de développement manuel vers l'atelier de menuiserie où son comportement et son travail sont satisfaisants.

Le pronostic à la sortie est encourageant.

Notre lettre lui est parvenue personnellement et il nous répond :

"Je travaille actuellement à M....comme vérificateur. Depuis que j'ai quitté votre établissement je me suis comporté à peu près bien jusqu'à 19-20 ans, mais après j'ai fait de grosses gaffes. Je me suis m'y à boire, bagarres dans les bals, ect....quand à la santé, sa va. Pour le Service militaire, je n'en ai pas fait vu que j'ai eu les pieds bots en venant au monde, à part sa, je marche comme un autre.

Quand au mariage voyez-vous c'est cela qui me tracasse le plus. Je suis timide, alors si vous pouviez faire quelque chose pour sa, je vous serais éternellement reconnaissant. Voyez-vous je voudrais fonder un foyer comme les autres surtout que je vais avoir 24 ans. Vous qui connaissez pas mal de monde vu votre situation même que cela peut se trouver dans vos bâtiment, une fille à qui je pourrai donner un foyer et qui me rendrait heureux. Vous savez une fois que mes parents ne seront plus, que ferais-je, personne en rentrant du travail à qui parler seule dans la solitude. voyez vous se que cela représente pour moi. Quand à avoir un entretien avec vous, faite moi le savoir ?

..... Quand à la boisson je me suis arrêter cela fait un an, mes parents pense que c'est à cause de pas avoir de foyer comme les autres garçons de mon âge : j'avais justement l'attention de vous écrire mais je ne me rappelais plus votre adresse..."

Cette lettre nous prouve qu'un service de suite est nécessaire avec nos ex-pensionnaires.

Observation n° 238

Jacques V..., entre à 16 ans et reste 2 ans 3 mois au Service.

Diagnostic : débilité mentale légère, troubles du comportement et de l'adaptation.

Q.I. = 80.

Dans le service, son comportement, après des débuts difficiles, est meilleur par la suite et son travail, de qualité passable (car rien ne lui plaît)

Le pronostic d'avenir malgré cela, est favorable.

Le père nous écrit :

"Comment vous exprimer ce que je pense du séjour de mon fils dans votre établissement, d'accord avec lui que de pas très bons souvenirs, il ne veut pas en entendre parler, car il en a souffert. Je regretterai toujours de l'avoir envoyé, car chaque fois que l'occasion s'est présentée il n'a subi que moqueries, je ne vous rends pas responsables, je sais que vous avez beaucoup à faire, aujourd'hui grâce au dévouement de toute ma famille il a une très bonne place et même titulaire dans l'administration. Je m'excuse mais je vous ai parlé avec toute la franchise qu'il se doit...."

Observation n° 239

Jacques V..., entre à 14 ans et séjourne 3 ans dans le Service.

Il a présenté dans l'enfance un retard moteur et du langage. Il est énurétique.

Diagnostic : retard scolaire, débilité mentale moyenne, inadaptation au travail.

Q.I. = 75.

Il a échoué au C.E.P. session adulte auquel on l'avait présenté.

Son comportement et son travail chez nous sont satisfaisants.

Le pronostic d'avenir est donc favorable, à la sortie.

Il était dans l'atelier de menuiserie durant son séjour. A sa sortie ses parents, le placent dans une scierie. Ils nous écrivent spontanément :

"....malgré son échec au C.E.P. il est évident que le temps passé dans votre Etablissement lui a été profitable. J'espère qu'il va nous donner satisfaction...."

P.S. Je serais désireux de continuer à faire partie des Amis du Service Médico-Pédagogique.

Puis un an plus tard, Jacques travaillant toujours comme menuisier dans la même Entreprise :

"....je n'ai pas d'ennui à son sujet et il donne satisfaction à son employeur"

Arrive le Service Militaire, donc 4 ans environ après la sortie de notre Institut, le père (gendarme) répond à notre questionnaire :

"....Jacques a eu quelques ennuis sur le plan adaptation au service militaire. Suite à une punition qu'il avait eu, j'ai écrit....Jacques a alors été admis à l'Hôpital militaire S...à N.... en neurologie...."

Cet homme aurait vraisemblablement dû être réformé.

Observation n° 240

Régine V..., entre à 10 ans, séjourne 1 an, puis est reprise par sa mère.

Diagnostic : débilité mentale légère, instabilité psychomotrice, retard.

Q.I. = 85.

Dans notre service, le comportement est bon, mais laisse parfois à désirer.

Le travail est satisfaisant, le pronostic est favorable.

Les parents nous disent spontanément :

"Ayant constaté une amélioration dans le comportement de ma fille Régine, je décide donc de la garder.

Son séjour dans votre établissement lui a été profitable, surtout au point de vue nervosité. Je vous remercie des bons soins qu'elle a reçus, ainsi que l'éducateur-chef et les monitrices."

Cette lettre nous montre que les parents sont impatients de retirer leurs enfants, dès qu'une amélioration se fait sentir.

Observation n° 44

Claude N..., entre à l'Institut à 14 ans, fugue un mois après, rentre à nouveau deux mois plus tard, tente d'autres fugues pour réussir dans son entreprise 3 ans après la première. Revient, refugue, revient.

Sa durée de séjour est de 4 ans 7 mois.

Il avait été placé par la D.D.A.S.S. à la suite de : vols, inadaptation scolaire et familiale, instabilité psychomotrice.

Son travail à l'atelier de menuiserie était satisfaisant, mais le pronostic à la sortie était sombre.

Au C.A.P., il échouera comme nombre de ses camarades, aux épreuves écrites et réussira les épreuves pratiqués.

Q.I. = 100.

Après sa sortie, on le perd de vue pendant quelque temps s'étant expatrié dans le midi, où se trouvait sa mère. On le retrouve dans notre région, à la maison d'arrêt pour vols de voitures, vols multiples, es-croqueries.

Il se marie en 1970. En Janvier 72, son épouse nous écrit, pour nous demander quelques renseignements le concernant, car son Claude est à nouveau en prison. en Belgique, d'où il écrit à sa femme :

"Il y a toujours quelqu'un, un cerveau plus fort que le mien pour briser le peu de bonheur que la vie a bien voulu m'accorder en t'épousant."

Il parle de violentes céphalées, se prétend dominé par une force "incoercible".

Avril 1972, il nous écrit de son domicile à P... pour nous faire part de la naissance d'une petite fille ; il est très heureux, bien qu'il ait désiré un garçon.

L'instabilité, les gros troubles caractériels qu'il présentait, dans notre service se retrouvent donc dans la vie en société. Nous verrons dans la suite de notre travail, ce qu'il faut en conclure.

Observation n° 14

Gérard D..., entré à 15 ans, séjourne trois ans dans notre Centre. A été admis par mesure de protection : sa famille ne présentant plus de garanties éducatives (père interné pour éthylisme, mère débile sans caractère). De plus, Gérard est hypotrophique (prématur

Q.I. = 80.

Sa conduite au Centre est bonne.

Son travail satisfaisant.

Le pronostic est favorable lors de la sortie.

A notre enquête, c'est lui-même qui nous répond :

"Je n'ai pas de "conte" à vous donner" !!

Notre enquête est ressentie, dans ce cas, comme une intrusion dans la vie privée.

Observation n° 37

Jean-Pierre Z..., entre à 13 ans, séjourne 4 ans 5 mois,

temps au bout duquel, le Juge des Enfants le rend à sa famille.

Diagnostic : troubles du comportement et du caractère, il est impulsif, brutal et a commis des vols.

Q.I. = 101.

On le dirige vers l'atelier de menuiserie.

Au service la conduite est satisfaisante par moments, mais le plus souvent intolérable ; son travail très médiocre, aussi le pronostic est-il défavorable.

A notre enquête, voici sa réponse :

"Ma vie privée ne vous regarde pas" !!

Observation n° 58

Michel G..., entre à 15 ans pour troubles du caractère et du comportement, instabilité psycho-motrice, apathie, lenteur. Séjourne 3 ans.

Q.I. = 65.

L'enquête nous apprend :

à la question : *"s'est-il bien adapté à la vie extérieure ?"* :

" ... au départ difficilement, mais à présent normalement."

à la question : *"A-t-il rencontré des échecs à sa sortie ?"* :

" ... à sa sortie était très replié sur lui-même pendant un certain temps ; instable et se pliant difficilement à la vie courante".

Il y a donc à la sortie de l'Internat un problème de réadaptation auquel nous devons préparer les enfants.

Observation n° 48

Jean-Paul A..., Nous n'avons aucun renseignements le concernant à son entrée dans notre service, le dossier n'ayant pu être retrouvé.

L'enquête nous apprend :

"Dès le début de son entrée (retour) à R... ; quelques voisins ne pouvaient pas le supporter vu qu'il a été se faire soigner à Mirecourt, mais maintenant tout est rentré dans l'ordre."

Nous retrouvons là, une des raisons qui freinent parfois le placement : la proximité de l'Hôpital Psychiatrique.

Observation n° 65

Jean-Pierre N..., entre dans le service à 12 ans, séjourne 7 ans.

A sa sortie est repris par ses parents adoptifs.

Diagnostic : troubles caractériels.

Q.I. = 75.

Son travail est de qualité irrégulière, son caractère présente des contrastes.

Les parents nous écrivent :

"Le S.M.P. ne lui a pas été favorable cela à cause de la trop grande facilité de vivre à laquelle le service les habitue, les enfants n'ayant pas à se soucier du lendemain."

Depuis sa sortie, il vivait en reclus, dans une pièce mansardée et n'en sortait que pour commettre des grivéleries, quand ce n'était pas des vols caractérisés. Les parents ne savaient quoi faire, et cela durait depuis sa sortie, c'est-à-dire depuis 12 ans ! L'arrivée de notre questionnaire a provoqué un entretien téléphonique, au cours duquel la situation nous a été exposée. Devant les troubles graves de la personnalité qui nous avaient été relatés, nous avons conseillé l' "hospitalisation", ce qui est fait à ce jour, soit depuis moins d'une semaine.

Observation n° 23

Bernard L..., entre à 11 ans, séjourne 5 ans dans notre établissement, à la fin desquels il est repris par la famille.

Diagnostic : retard scolaire, débilité mentale, troubles mineurs du caractère.

Q.I. = 83.

A obtenu son C.E.P. adulte en 1965.

Actuellement, après un changement d'emploi, est magasinier-vendeur en pièces électricité.

Son père nous écrit :

".. n'a eu aucun échec à sa sortie, cela tient au fait d'avoir fréquenté votre établissement. J'en suis très reconnaissant..."

Ce qui peut constituer un autre témoignage de satisfaction.

Observation n° 241

Laura V..., entrée à 7 ans en pavillon de Psychiatrie Infantile.

Elle présente alors des troubles du comportement et du caractère associés à une débilité mentale légère (Q.I. = 72.), des crises comitiales post-morbiliiformes et de l'énurésie.

Durant son séjour de 2 ans en service de Psychiatrie, se déclare un épisode de tuberculose pulmonaire, qui évolue favorablement sous thérapeutique.

L'évolution mentale s'aggrave et l'on évoque le diagnostic de Psychose Infantile. Le comportement discordant autorise à formuler un pronostic très sombre, d'autant plus que Laura avait un passé déjà très lourd : elle venait d'un centre pour épileptique caractériel où elle avait été placée à 5 ans.

Brusquement, à la fin de ces deux ans de séjour, dans ce pavillon, apparaît une rémission spectaculaire des troubles et une importante amélioration du comportement qui nous incite à proposer le placement au S.M.P. où elle restera 3 ans. Ce séjour à l'Institut voit se maintenir et progresser favorablement l'amélioration du comportement.

Puis la famille la reprend.

Laura vient régulièrement nous rendre visite et nous apprenons qu'elle prépare un C.A.P. de sténodactylographe.

Mis à part quelques brefs épisodes dépressifs, sans gravité, on peut pronostiquer un avenir assez favorable.

La proximité des deux services : Psychiatrie Infantile et S.M.P. a certainement favorisé cette réussite et hâté la sortie de Laura.

LES RESULTATS



DUREE DE SEJOUR

Calculée sur 519 sortants en dix ans, la durée moyenne de séjour à l'Institut Médico-Pédagogique se chiffre par :

3 ans 8 mois

nous trouvons, aux extrêmes de ce séjour :

des présences de 5 mois à 1 an

des présences allant jusqu'à 11 ans voire 12 ans.

La raison aux brefs séjours :

Il semble que l'enfant, isolé d'un milieu nocif ayant déclenché ou aggravé les troubles, retrouve assez rapidement, à condition que ces troubles à l'entrée soient d'intensité moyenne, un comportement quasi-normal.

Devant l'amélioration, les parents enthousiastes, crient à la guérison et le retirent (*Obs.* 116 - 154 - 212 - 240).

Quant aux longs séjours, ils sont le fait, soit de caractères exceptionnellement retors, soit des pupilles de la D.D.A.S.S. auxquels nous nous efforçons de donner un métier après apprentissage complet en ateliers.

NIVEAU SCOLAIRE ATTEINT

Sur 150 enfants préparés au C.E.P., 17 l'ont obtenu à 14 ans. A noter que tous les candidats présentés ont été reçus.

Une classe prépare les adolescents de plus de 14 ans à la session C.E.P. adultes. Sur environ 200 adolescents ayant fréquenté ce cours, 30 ont été reçus durant ces 10 ans, la moyenne d'âge se situant aux environs de 16 ans.

Nous notons encore que le niveau scolaire de fin de scolarité est supérieur, dans la quasi-totalité des cas, au niveau à l'entrée au S.M.P. Nous avons donc satisfait à l'une des nombreuses demandes des parents. Sur 204 sujets classés, 176 ont bénéficié d'acquisitions, 28 ont conservé leur niveau ou ont régressé, soit 13,7 %.

NIVEAU PROFESSIONNEL

Les adolescents de plus de 14 ans sont affectés au pavillon "A" soit à leur arrivée à l'Institut, soit à la fin de leur séjour au pavillon "B".

Comme nous l'avons expliqué dans un chapitre précédent, tous fréquentent au début, l'atelier de développement manuel et de vannerie pour être ensuite répartis, en fonction de leurs résultats à ce stage et de leurs desiderata, dans un atelier où ils séjourneront deux ou trois ans. Ce stage d'apprentissage peut être sanctionné

par un C.A.P. si l'élève a fait preuve de réelles qualités et aptitudes.

A ce propos, il est bon de tenir compte du déficit intellectuel qui caractérise ces enfants, ce qui expliquera nombre d'échecs aux examens pour l'obtention du C.A.P.

La plupart des candidats, pour ne pas dire tous réussissent aux épreuves pratiques et quand il y a échec, seules les épreuves écrites en sont les responsables. Il est certain que ces adolescents présentent avant tout un déficit des facultés d'expression, de mémoire, de conceptualisation et de rédaction. Malgré ce handicap, sur 350 enfants environ ayant fréquenté les ateliers, nous en comptons 7 ayant été reçus au C.A.P. de coiffeur.

L'un d'entre eux, d'ailleurs, s'est présenté par la suite, après sa sortie, au Brevet Professionnel qu'il a obtenu avec succès.

A ce propos, nombre de ceux qui fréquentaient les ateliers ont passé avec succès l'examen d'entrée en centre de F.P.A.

Nous avons donc assuré une suite à la sortie de notre établissement en les plaçant dans des centres de F.P.A. Les résultats de l'enquête nous apprennent que, sur les 21 adolescents placés, 10 ont obtenu leur C.A.P. soit :

- Peinture	3
- Boucherie	1
- Sanitaire, Chauffage Central	2
- Menuiserie	4

Parmi ces derniers, deux ont été reçus les premiers : un en section peinture, un en section chauffage central et sanitaire.

Les adolescents nantis d'une formation sérieuse et prolongée par un apprentissage dans l'un de nos ateliers, ou ceux qui ont poursuivi en F.P.A. l'apprentissage commencé au S.M.P., conservent-ils par la suite ce métier ?

L'étude de 63 réponses exploitables nous apprend que :

- 31 ont un métier correspondant à l'apprentissage reçu au S.M.P. soit 50 %.
- 32 ont changé de métier.

Nous pensons qu'il faut tenir compte des besoins du marché du travail, et, surtout de la hâte, bien souvent, à gagner sa vie, qui font que, provisoirement on accepte n'importe quelle profession. Nous avons vu aussi tel ex-pensionnaire, (obs. 125), abandonner une profession pour laquelle il avait obtenu son C.A.P. (coiffeur), parce que son salaire était dérisoire, et était devenu agent administratif. On peut parfois déplorer qu'à leur entrée dans le travail, ces jeunes hommes ne soient pas assez protégés et bien souvent exploités, ce qui est surtout le cas des pensionnaires placés dans la culture.

Combien travaillent après leur sortie d'I.M.P., sur 178 réponses interprétables, nous notons que :

- 163 ont un métier ;
- 15 sont à la charge de leur famille, soit 8,4 %, au moment de l'enquête.

Il s'agit le plus souvent de jeunes handicapés en attente d'une place en C.A.T. ou d'une entrée en hospice.

Les adolescents, pupilles de l'état ou dont les parents ne s'occupaient pas, étaient toujours placés, à leur sortie, par l'Institut Médico-Pédagogique. C'est ainsi 2 le furent comme aide-cuisinier ; 3 apprentis-coiffeurs ayant échoué au C.A.P. trouvaient un emploi dans leur

branche ; 1 autre était engagé par un boulanger, quelques-uns, en fonction de leurs faibles capacités étaient employés chez des cultivateurs.

En ce qui concerne les filles, lorsqu'elles n'étaient pas réclamées par leur famille, nous les dirigeons, pour compléter leur formation vers un Institut Médico-Technique.

STABILITE au TRAVAIL

Les tableaux permettent de faire une étude de la stabilité dans l'emploi. On peut la résumer ainsi.

Nombre d'emplois	1	2	3	4	5	8	10
Nombre de travailleurs	81	8	29	5	1	1	1

DEVENIR FAMILIAL

Caractérisant l'adaptation sociale, il est des éléments dont nous devons tenir compte, en particulier l'accomplissement du service militaire et le mariage.

	accompli	réformés
Service Militaire	66	53

	marié	célibataire
filles	5	5
hommes	42	51

Le mariage semble poser des problèmes à certains comme le prouve notre observation n° 235.

A noter qu'un seul couple a divorcé.

LE DEVENIR MENTAL

Que nous montrent les dossiers. Sur 530 sortants durant cette décade, 10 soit 2 % sont passés directement de l'I.M.P. en Hôpital Psychiatrique. La plupart présentaient des troubles graves du comportement et du caractère, accompagnés de crises clastiques, d'impulsions incontrôlables, d'agressivité ou une évolution discordante, régressive, voire des expériences délirantes hallucinatoires ; une instabilité thymique, troubles revêtant une acuité et une tonalité plus importantes et surtout plus constantes que pour les autres enfants chez lesquels on peut constater, au bout d'un certain temps de présence, une régression et une atténuation des perturbations.

Le dépouillement des questionnaires nous apprend que nos anciens pensionnaires peuvent aussi faire connaissance avec l'Hôpital Psychiatrique après leur sortie.

On relève que 27 d'entre-eux, soit 5 % environ, ont dû subir une période d'hospitalisation dont 3 pour vols de voitures et divers, 1 pour attentat aux mœurs, les autres pour causes diverses, mais très rarement pour alcoolisme, encore faut-il comprendre appoint alcoolique.

Il nous faut, hélas ! parler de ceux qui se sont placés en infraction avec la loi. Nous en comptons 9 sur 410 soit plus de 2,5 % condamnés pour vols de voiture, vols avec effraction, escroquerie, émission de chèques sans provision, etc... Au moins trois d'entre-eux avaient des antécédents judiciaires avant leur entrée au S.M.P. Ils s'étaient révélés, la plupart, comme de grands inadaptés socio-professionnels.

DUREE DE SEJOUR							
minimale	moyenne	maximale					
5 mois	3 ans 8 mois	12 ans 9 mois					
Niveau scolaire							
ont progressé		86,3 %					
n'ont rien acquis		13,7 %					
ont obtenu C.E.P.		11 %					
ont obtenu C.E.P. adultes		15 %					
NIVEAU PROFESSIONNEL							
Sur 350 adolescents :							
ont obtenu un C.A.P.	:	7					
ont été admis à l'entrée en F.P.A.	:	21					
NIVEAU SOCIAL							
Stabilité de l'emploi							
nombre d'emploi occupés	1	2	3	4	5	8	10
nombre de travailleurs	81	8	29	5	1	1	1
HYGIENE MENTALE							
Passage du SMP en H.P.				2		%	
Délinquance après la sortie				2,5		%	
Hospitalisation en H.P. après la sortie				5		%	

- C O N C L U S I O N S -

Nous avons dit, précédemment, qu'une enquête de ce genre, pour être parfaite, aurait dû être complétée par une visite aux domiciles de ceux qui acceptaient de nous rencontrer. Il est certain que, par ce moyen, les renseignements eussent été plus abondants, plus précis et interprétés plus fidèlement.

Faute de temps, de moyens, de personnel nous avons dû nous contenter de cette enquête.

Elle nous a malgré tout appris, entre autre que certains étaient très heureux de cette reprise de contact (observations n^{os}. 152 - 179 - 180 - 248 - 235 239) et souhaitaient vivement obtenir un entretien. Ce fait nous apprend qu'après leur sortie du Service Médico-Pédagogique il nous faudrait organiser, pour ceux que cela intéresse, des rencontres, type "post-cure", où ceux qui le désireraient, pourraient venir se confier et surtout demander un conseil pédagogique, un avis, voire un secours et un réconfort, car, pour beaucoup si nous n'allons pas à eux ils ne viendront point à nous. Il existe bien un Service de "suite" en voie de constitution, mais une seule assistance sociale peut-elle faire face à cette importante demande.

Nous avons vu que la plupart des sujets, ayant fréquenté le Service, avaient reçu un enseignement, une éducation leur permettant une bonne réinsertion sociale. Bien sûr, les résultats concernent environ deux cents enfants; restent ceux qui n'ont pas répondu et pour lesquels nous avons émis des hypothèses à ce silence. Nous pensons que ce travail n'est que l'introduction, la voie tracée à une plus vaste enquête, qui nécessitera le déplacement et qui bénéficiera d'un recul d'étude plus important, donc plus riche en enseignement, que nous laissons à nos successeurs.

Faut-il maintenir l'Internat ? Doit-on en modifier le régime ?

Comme certains nous l'ont appris, plus le séjour est long, plus la dépendance est étroite avec la

nouvelle famille qu'est l'Institut Médico-Pédagogique, et moins aisée sera la réinsertion sociale; l'internat ne prépare guère à la vie extérieure.

A cet égard, l'un de nos pensionnaires, détenant peut-être le record de durée de séjour (12 ans 9 mois) (Obs. n° 246) présentait comme diagnostic à son entrée, une simple débilité mentale (Q.I. = 68). Il fut affecté, successivement aux ateliers de menuiserie, puis de cordonnerie et sortit du Service à 20 ans pour...accomplir son Service Militaire, ce qui n'était certes point une transition souhaitable. *Daniel P...*, s'y révéla un inadapté social, fit des fugues (appelons-les désertions), y commit des vols, des délits multiples pour lesquels il usa de violence, de menaces, d'agressivité, fut condamné et expertisé. Nous extrayons un des passages de cette expertise, où il est fait mention, à propos de l'I.M.P. :

"...La rééducation qu'il a subie a donné un résultat intéressant, mais fort artificiel".

Qu'en conclure ?

Les résultats énumérés, prouvent que notre action ne fut pas uniquement artificielle : des résultats positifs sont là pour le prouver, si besoin est. Les placements et réussites brillantes en F.P.A., les nombreux C.A.P., dont certains furent complétés par un Brevet Professionnel, la constante vigilance que nous exerçons sur l'enfant et qui l'aide à sortir de l'ornière dès qu'il s'ouvre à nos méthodes, plaident pour le satisfecit.

D'ailleurs, la plupart des élèves du Service en gardent un bon souvenir et reviennent très souvent nous saluer, voire rester un jour ou deux.

Mais ceci ne doit pas nous faire oublier que ce placement en Institut Médico-Pédagogique doit demeurer exceptionnel et n'être retenu que pour les cas aigus, les cas urgents pour lesquels l'enfant n'est plus toléré dans sa famille, à l'école ou dans la collectivité.

L'internat lui permet d'accéder à une scolarité adaptée à son niveau et le place à distance des conflits familiaux qu'il assumait mal. Dans la mesure du possible, il faut laisser l'enfant dans sa famille ou dans une famille, mais alors nous devons multiplier les Externats Médico-Pédagogiques.

Notre action répond t-elle à la demande des parents. Lorsque ceux-ci effectuent une démarche, soit au dispensaire d'Hygiène Mentale, soit à l'Institut Médico-Pédagogique, qu'attendent-ils de nous ? Beaucoup trop certes, et la réponse est fonction du problème soumis.

Notre rôle n'est pas de pourvoir nos élèves de diplômes et de métiers à l'égal des enfants sans problèmes. Ce serait illusoire, car nos pensionnaires n'en ont plus les moyens intellectuels, ni le potentiel nécessaires.

Ce que l'on attend de nous, c'est, pour les plus jeunes de leur donner un niveau scolaire suffisant pour accéder à une autonomie et ce, avec l'aide de techniques pédagogiques spécialisées. Pour les plus grands, il s'agit surtout de les former à une discipline de travail, à des habitudes de vie dans la collectivité du travail, à un rythme de travail et à une stabilité dans l'emploi.

Les différents ateliers du Service ne prétendent pas, les former à un travail, à un métier précis, mais servent plutôt à orienter leur choix.

Evidemment, quelques-uns peuvent y trouver une voie définitive. Ainsi, par exemple, sur 14 enfants ayant fréquenté assidûment, c'est-à-dire pendant environ trois ans, l'atelier de coiffure, dix sont actuellement coiffeurs. Il en va de même pour d'autres ateliers, on trouve toujours un certain nombre d'adultes dont le métier a un rapport direct ou indirect avec leur apprentissage en atelier.

Bien sûr, les familles ne comprennent pas toujours quel est notre but et exigent beaucoup plus que ce que nous pouvons donner et que ce que peuvent donner leurs enfants.

Ce travail nous aura montré dans quelle mesure nous avons pu, d'une part, répondre à la demande des familles et, d'autre part, accéder au but que nous nous sommes fixé.

A ce propos, les ateliers que l'on introduit dans un Institut Médico-Professionnel doivent être fonction de l'économie locale, ne serait-ce que pour éveiller l'intérêt des apprentis. Ainsi, à l'ouverture de notre Service, il existait un atelier de cordonnerie et un atelier de vannerie, qui se révèlent actuellement totalement dépassés, totalement inadaptés et que nous avons remplacés par un atelier de maçonnerie, d'une part, qui répond aux besoins de l'économie Vosgienne, et, d'autre part, par un atelier de soudure, dans la perspective de placement des adolescents dans une importante usine qui nous a assuré l'emploi de soudeurs.

Incidences psychiatriques :

Notre enquête nous a montré que nous avons relevé 37 sujets ayant fait des accidents psychiatriques caractérisés, soit pendant leur séjour, soit après leur sortie.

Nous remarquons que la morbidité psychiatrique est assez forte. Nous avons vu que 7 % des individus ayant fréquenté le Service Médico-Pédagogique, ont été atteints de psychopathie :
2 % pendant leur séjour,
5 % après leur sortie.

Cette constatation appelle plusieurs remarques :

1) Les troubles de la personnalité que présentent les sujets placés en I.M.P. sont donc très préoccupants et graves.

2) 2 % d'entre-eux présentent donc des désordres mentaux déjà bien structurés. Ce déséquilibre mental ne leur a pas permis de ressortir de l'Hôpital Psychiatrique, ils sont devenus des "chroniques".

3) Le fort pourcentage de 5 % prouve encore s'il en était besoin, la fragilité de la constitution mentale et physique de ces individus qui assument mal les stressés auxquels les soumet la Société.

Parmi eux, nous avons diagnostiqué : cinq cas de schizophrénie, neuf inadaptés, onze cas de déséquilibre mental.

Une étude plus approfondie de ces cas aurait peut-être pu nous montrer dans quelle mesure nous aurions pu interpréter des signes précoces de ces affections psychiatriques.

C'est ainsi que l'interprétation très délicate de certains troubles caractériels ou du comportement a permis de découvrir des cas très simples de schizophrénie qui se sont révélés vers l'âge de 16-17 ans. Nous avons, en outre, déjà pronostiqué la survenue de schizophrénie chez certains adolescents qui présentaient des troubles typiques : autisme, début d'apraxisme ou graves perturbations à tonalité délirante.

En ce qui concerne la survenue ultérieure chez nos pensionnaires de déséquilibre ou de névrose du caractère graves, il paraissait souvent difficile, au moment de leur séjour de pronostiquer l'évolution de ces troubles. Nous avons en effet, eu beaucoup de sujets présentant des désordres graves du caractère, mais qui n'étaient que des formations réactionnelles.

Chez d'autres présentant des désordres apparemment moins graves, il est évident que ceux-là étaient déjà structurés sur un mode pathologique, mais qu'il nous a été très difficile d'identifier et d'individualiser. C'est pourquoi, il nous semble actuellement que nos enquêtes anamnétiques, nos questionnaires aux parents, avant l'entrée

et l'observation par un personnel éducateur très spécialisé, ce qui n'est pas le cas actuellement, pourraient peut-être nous aider à révéler plus précocement et peut-être à traiter certains de ces troubles.

On retrouve là, le problème que nous avons évoqué plus haut, celui de la qualification du personnel, dans nos Etablissements Publics. Il faut bien le dire, nous sommes dans la majorité des cas obligés de nous contenter d'un personnel qui n'a absolument aucune formation, d'un personnel très souvent mouvant, instable, car il n'y a pas d'avenir dans la profession en dehors d'un passage dans une école d'éducateurs, à laquelle beaucoup renoncent.

Cela pose encore le problème de l'isolement en cités rurales de ces Instituts Médico-Pédagogiques. ce qui bien sûr n'attire pas non plus les éducateurs.

Cela pose aussi le problème des conditions de travail en Internat, qui ne sont guère favorables non plus aux éducateurs.

Malgré tout, il est quand même à noter que, avec ces conditions médiocres de travail, nous obtenons des résultats appréciables.

Qu'en aurait-il été si les enfants n'étaient pas passés par le Service Médico-Pédagogique ?

C'est l'éternelle question qui peut se poser à propos de toute thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

BARUK H.

Les Thérapeutiques Psychiatriques,
Paris, P.U.F., 1955.

BENASSY C.

Orientation Professionnelle des Inadaptés,
Rev. Neuro-Psychiat. inf., janvier-février 1957, n° 1-2
(108-111).

BERGE A., DECHAUME J. et Al.

L'enfance inadaptée. Problèmes d'actualité,
Lyon, Bosc Fres, 1958.

BLANC Y.

Où en est actuellement la question des Instituts Médico-
Pédagogiques en France.
Rev. Neuro-Psychiat. inf., mai-juin 1957, n° 5-6 (325-348).

BOURRAT L., DECHAUME J. et Al.

L'enfance irrégulière,
Paris, P.U.F., 1946.

BOVET L.

Les aspects psychiatriques de la délinquance juvénile.
Paris, Masson & Cie, 1951.

CARTON (Mme), TOMKIEWICZ S. et DUCHE D.-J.

Enquête sur le devenir de 100 enfants débiles légers hos-
pitalisés dans un Institut Médico-Pédagogique annexé à un
Hôpital Psychiatrique.
Rev. Neuro-Psychiat. inf., 1969, n° 3 (129-143).

DIATKINE R. et FAVREAU J.-A.

Le Psychiatre et les Parents,
La Psychiat. de l'Enfant, 1961, vol. III, fasc. 1, (227-259).

DOUMIC A.

Réactions affectives de l'enfant en internat,
Rev. Neuro-Psychiat. inf., 1957, n° 3-4 (154-163).

FAU R., ANDREY B. et AL.

Psychothérapie des débiles mentaux.

Paris, P.U.F., 1970.

HEUYER G.

Psychopathologie de l'enfance pendant la guerre,

Sauvegarde de l'enfance, 1945, n° 17 (18).

HUBERT R.

Traité de Pédagogie générale,

Paris, P.U.F., 1959, 1 vol.

LAFON R.

Psycho-Pédagogie Médico-Sociale,

Paris, P.U.F., 1950.

LANG J.-L.

Enseignement, Education et Rééducation dans le fonctionnement des Etablissements pour déficients intellectuels.

Rev. Neuro-Psychiat. inf., 1957, n° 3-4 (100-107).

LANG F., DUCAMP J.

Essai d'utilisation d'un anxiolytique, la Fluphénazine en Psychiatrie Infantile,

62e Congrès de Psychiat. & Neuro. Lang. Franç., Marseille 7-12 septembre 1964.

Annales Méd.-Psychol., mai 1965, T.1, 123, n° 5, (824).

LANG F., JOSSE G. et DUCAMP J.

Utilisation de l'Oélanthane de Fluphénazine en Psychiatrie Infantile,

Réunion de Psychiatrie de l'Est., Colmar, 29 novembre 1969.

LANG F., JOSSE G. et DUCAMP J.

Les Troubles Névrotiques de l'Enfant et leur Thérapeutique par la Fluphénazine (Moditen N.D.),

4e Congrès Mond. de Psychiat., Madrid, 5-11 septembre 1966.

LANG F.

Deux épidémies de primo-infection tuberculeuse au Service Médico-Pédagogique de Ravenel.

(Thèse Méd. Nancy, 1956).

LAUNAY C.

L'Hygiène Mentale de l'Ecolier,
Paris, P.U.F., 1959.

LE GUEN C., DREANO G.

L'équipe de Psychiatrie Infantile et son Psychiatre,
Cahors, Privat, 1967.

MEIGNANT P., MICHAUX L. & AL.

Hommage à Georges Heuyer. Pour un Humanisme médico-social,
Paris, P.U.F., 1961.

MINISTERE de la SANTE PUBLIQUE et de la SECURITE SOCIALE.

Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des Départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et Adolescents.
J. Officiel, 1972, 21 avril, n° 93 (4.209-4.214).

MONTESSORI M.

De l'enfant à l'adolescent,
Bruges, Desclée de Brouwer, 1958.

PATCHINSK R.

Le Service Médico-Pédagogique de Ravenel. (étude de sa section de caractériels),
(Thèse Méd. Paris, 1952).

PRUDHOMMEAU M.

L'enfance anormale,
Paris, P.U.F., 1949.

RUDRAUF J.

Encycl. Méd.-Chirurgic., 1955, feuillets 37.180 A 10
(9 cotée 2).

TRIVAS J.

Congrès de l'UNAR 1953. Rennes. C.R. Sauvegarde de l'enfance 1954, 1/2/3, (424-429).

VIDAL G. et VIDAL B.

Les Troubles caractériels de l'enfant et de l'adolescent,
Synthèses clin., 1964, 32, supplém. des Monographies Méd. et Scient. n° 113.-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	1
Objet de cette thèse.....	7
Le Service Médico-Pédagogique.....	11
Historique.....	13
Situation géographique et climatique....	15
Les bâtiments.....	17
Les Contacts.....	21
Bloc médico-psychologique.....	27
Organisation pédagogique du service.....	33
Les enfants :	37
Origines.....	37
Les activités.....	45
Motifs d'admission.....	49
L'enquête :	53
Les limites.....	54
Le choix des cas.....	54
Méthodes.....	55
Correspondance.....	56
Critique du questionnaire.....	67
Le Dépouillement de l'enquête :	71
Observations.....	89
Les Résultats :	121
Durée de séjour.....	123
Niveau scolaire atteint.....	124
Niveau professionnel.....	124
Stabilité au travail.....	128
Devenir familial.....	129
Devenir mental.....	130
Conclusions.....	133
Bibliographie.....	141

Vu

NANCY, le 5 Juin 1972

le Président de thèse :

Professeur TRIDON

Vu

Le Président de l'U.E.R.
des Sciences Médicales A

Professeur Agrégé DUPREZ

AUTORISE A SOUTENIR ET IMPRIMER LA THESE

NANCY, le 7 Juin 1972

Le Président de l'Université de Nancy I

Professeur J.R. HELLUY

